Rok XXVIII. Kraków, 2 Listopada 1889. Nr. 44.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 7 "	" 12 "
Kwartalnie:	" 2 " 20 "	" " " " $1\frac{1}{2}$ "	" $3\frac{1}{2}$ "	" 6 "

TREŚĆ: I. BOGDANIK: O resekcyi odbytnicy w razie wypadnięcia tejże. — II. ZIEMIŃSKI: O operacyjnem leczeniu jaglicy spojówki oka (trachoma). (Dok.) — III. *Oceny i sprawozdania. Patologija.* GÜTERBOCK: O zboczeniach w oddawaniu moczu w przeroście gruczołu krokowego. — FESSLER: O promienicy u człowieka. — TURAZZA: O zapaleniu popłonicowem gruczołu przyusznego. — *Choroby wewnętrzne.* FÜRBRINGER: O durze w szpitalu Friedrichshain podczas ostatniéj epidemii berlińskiéj. — KRULL: Dalsze doniesienia o leczeniu suchot płucnych wilgotno-cieplem powietrzem. — *Chirurgija.* CREDÉ: Chirurgija pęcherzyka żółciowego. — NAVRATIL: Przyczynki do chirurgii mózgu. — *Położnictwo.* LEOPOLD: O pologu u rodzących, które nie były poddane ani badaniu ani przepłukiwaniu wewnętrznemu i o samozakażeniu. — MOCHNACZÓW: Stosunek ciężarnéj macicy do białych ciałek krążącéj w niéj krwi. — *Choroby skórne i weneryczne.* POSPELOW: O zarażeniu się kiłą t. zw. ekstragenitalnem. — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich.* Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska. — V. FILIP RICORD. — OBTUŁOWICZ: Medycyna na wystawie powszechnéj paryskiéj. (C. d.) — Nowo utworzony Uniwersytet w Tomsku. (C. d.) — VI. *Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.* SCHAFFER: O wściekliźnie ze stanowiska klinicznego i histologicznego. — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. O resekcyi odbytnicy w razie wypadnięcia tejże.

Wykład streszczony na pierwszym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie,

przez

Dra Józefa Bogdanika
prymaryjusza szpitala pow. w Biały.

Wypadnięcie odbytnicy już to na większéj, już to na mniejszéj przestrzeni jest bardzo często zdarzającą się chorobą, szczególniéj u dzieci i ustępuje w przeważnéj ilości przypadków leczeniu przez zniesienie nieżytu kiszki, w cięższych zaś przypadkach trzeba miejscowo stosować leki ściągające lub żrące obok odpowiednich opasek, które wypadaniu odbytnicy zapobiegają. Niektóre przypadki jednak opierają się wszelkiemu leczeniu bezkrwawemu tak, że po daremnem stosowaniu miąższowych wstrzykiwań uciec się musiano do większych rękoczynów, stosowanych ze skutkiem już to pomyślniejszym, już to mniéj pomyślnym. Sabatier wycinał fałd wypadnięty błony śluzowéj i zszywał brzegi rany. Wskutek krwotoków trudnych do utamowania zmieniono sposób ten o tyle, że przez dno utworzyć się mającéj rany najpierw przeprowadzano nitki, które po odcięciu błony śluzowéj wiązano, albo też tylko podwiązywano części błony śluzowéj. Niezadowolony z tego postępowania Dupuytren wykonywał pomysł Heya, polegający na zwężeniu ujścia stolcowego. Promienisto wycinano kliny ze skóry na około stolca w kilku miejscach. Dieffenbach poszedł jeszcze daléj. Oto wycinał głębokie kliny z dolnéj części poprzednio odprowadzonéj odbytnicy i samego ujścia stolcowego, a następnie spajał głębokiemi szwami brzegi utworzonéj rany. Lange prowadzi cięcie od tylnéj ściany odbytnicy do dolnego końca kości ogonowéj, następnie usuwa kość ogonową, a odsłoniwszy tylną powierzchnię odbytnicy, zakłada na niéj szwy, które nie przechodzą przez błonę śluzową i sięgają ile możności jak najwyżéj, przez co na stosunkowo dość dużéj przestrzeni zwęża się światło kiszki. Na ostatek zeszywa przecięte mięśnie i skórę. Straszne te rękoczyny, n. p. Dieffenbachowski, o którym sam autor powiada: „*es ist eine der grössten und blutigsten Operationen, die es gibt*“, nie znalazły wielu naśladowców. Wracano do dawniejszych sposobów przyżegania błony śluzowéj, wstrzykiwań miąższowych itd. W cięższych atoli przypadkach szukać musiano nowego sposobu i znaleziono jak dotąd całkiem odpowiedni. Jest nim resekcyja wypadniętéj odbytnicy, którą w ten sposób, jak ją obecnie wykonywają, każdy wykonać potrafi.

Przed operacyją podaję choremu lekkie środki przeczyszczające, a bezpośrednio przed nią lewatywę. Pole operacyjne przygotowuje się antyseptycznie, a wśród głębokiéj narkozy przeprowadzam pętlę przez najniżéj leżącą część wypadniętéj odbytnicy, którą to pętlę oddaję asystentowi do trzymania. Teraz nacinam przednią ścianę wypadniętéj odbytnicy przez całą grubość i to równolegle do ujścia stolcowego w oddaleniu $\frac{1}{2}$ cm. od niego. Przekonawszy się naocznie, że pomiędzy ścianami wypadniętéj odbytnicy nic nie ma, zakładam szew węzełkowy równolegle do ujścia stolcowego między nim a raną utworzoną, którym to szwem spajam nadciętą ścianę zewnętrzną wypadniętéj odbytnicy ze ścianą wewnętrzną nie naciętą. Ranę w zewnętrznéj ścianie odbytnicy przedłużam stopniowo małemi cięciami równolegle do ujścia stolcowego, zakładając natychmiast szew, zwany stębenkiem (*Steppnath, arrière point*). Gdy już tym sposobem obie ściany odbytnicy ze sobą na około są zeszyte, odcinam wewnętrzną ścianę i spajam błony śluzowe obu ścian szwem kuśnierskim. Do szycia używam katgutu chromowego, materyjał jest atoli obojętnym. Powstały kikucik przysypany proszkiem jodoformowym odprowadzam przez otwór stolcowy, który pokrywam warstwą gazy jodoformowéj, następnie zakładam opaskę przez pośladki.

Następne leczenie polega na wprowadzaniu czopków z jodoformu i makowca i dyjecie pożywnéj, płynnéj.

Jak z powyższego opisu widać, różni się mój sposób operowania tylko rodzajem szwu od operacyj dokonanych

przez Mikulicza, Billrotha i Nicoladoniego (*Gazeta Lek.* 1883, Nr. 47 i 48, *Wien. med. Presse* 1885, Nr. 26, *Przegląd Lekarski* 1887, Nr. 8 i 9, *Bericht ü. d. Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Chirurg.*, XVIII, 1888). Szew stębnowy zaś jest jakby stworzonym do tych operacyj. Znakomicie ją bowiem ułatwia i skraca, zbytecznem staje się zakładanie podwiązek, a niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny redukuje się *ad minimum*. Podniosłem te zalety, opisując moją pierwszą resekcyję odbytnicy (*Wien. med. Presse* 1888, Nr. 1), a obecnie z własnego doświadczenia potwierdzić to mogę.

Skutek operacyi jest taki, że się odbytnica skraca o całą część poniżéj ujścia stolcowego wiszącą, a następnie wytwarza się powyżéj zwieracza rzyci obrączkowate zwężenie światła kiszki, tak jednakże, że kał swobodnie przechodzić może. Resekować oczywista nikt odbytnicy nie będzie w tych razach, gdzie cierpienie innemi sposobami jeszcze usunąć można. Że się jednak do téj operacyi uciec należy, o tem pouczył mnie przypadek, w którym dziecię, żadnéj innéj nie cierpiące choroby, umarło li tylko wskutek wyniszczenia, wywołanego długo trwającem wypadnięciem odbytnicy, stan zaś już tak rozpaczliwy zastałem, żem się resekcyi podjąć nie mógł.

Śmiertelność w kilkunastu dotąd mi znanych przypadkach = 0, nie można bowiem kłaść na karb operacyi śmierci dziecka przezemnie operowanego, które będąc ozdrowieńcem po resekcyi, nabawiło się ospy i umarło. Oględziny pośmiertne wykazały, że ściany kiszki były silnie zrośnięte, a na otrzewnéj nie było ani śladu zapalenia.

II. O operacyjnem leczeniu jaglicy spojówki oka (*trachoma*).

Podał
Dr. Med. Br. Zieminski,
Okulista w Warszawie.
(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

Co się tyczy ostatecznego wyniku, nie mogłem uczynić najmniejszego zarzutu w przypadkach, w których wyciętym został jedynie załamek spojówki, a chrząstka pozostała nienaruszoną. (Linijna blizna, wskutek omawianéj operacyi powstała, nie przynosi żadnéj szkody oku. Zmniejszenie zaś worka spojówki jest o wiele mniejszem, aniżeli wynosi szerokość wyciętego płatka, gdyż ten ostatni przedstawia część obrzmiałéj błony o wymiarach znacznie zwiększonych). Nadmienię jednak, że do tak szczęśliwego wyniku przyczynić się musiała okoliczność, że nader starannie unikałem wycięcia luźnéj podspojówkowéj tkanki łącznéj.

W pierwszych tygodniach po operacyi spostrzega się niekiedy nieznaczne opadnienie obrzmiałéj powieki po stronie operowanéj, jest to jednak zjawiskiem przemijającem; zresztą lekki stopień opadnienia górnych powiek jest cechą właściwą chorych jaglicowych.

Ostatecznie więc z uwagi, że wycięcie wiotkiego, przerostem dotkniętego załamka spojówki, spoczywającego na luźnéj tkance łącznéj, nie przedstawia najmniejszego niebezpieczeństwa — należy uciec się do téj metody we wszystkich przypadkach jaglicy, kwalifikujących się do chirurgicznego leczenia. Zresztą, jak wiadomo, gruczołowa tkanka spojówki najbogaciéj jest rozwinięta w sąsiedztwie górnego brzegu chrząstki i w ogóle w granicach załamka, po za którémi gruczołowa tkanka stopniowo maleje, niknąc nawet przed dojściem spojówki do brzegu powiek z jednéj, a do błony rogówkowéj z drugiéj strony.

Wessanie nielicznych stosunkowo tworów limfatycznych usadowionych w skąpo już reprezentowanéj tkance gruczołowéj daje się zazwyczaj sprowadzić w przeciągu najdaléj kilku tygodni. Nader proste wówczas leczenie polegać będzie na sprowadzeniu właściwego stosunku między limfatycznem nacieczeniem a powierzchownem unaczynieniem pojedyńczych ziarn jaglicowych.[1]) Skoro pozostały obszar spojówki ma wéjrzenie bezkrwiste, skoro brak obfitszéj wydzieliny ze spojówki, wówczas gorące okłady na oczy, oraz codziennie ponawiany masaż oczny przy użyciu maści zawierającéj jodoform, kwas borowy, lub też przetwory rtęci, a nareszcie w dłuższych odstępach czasu ponawiane przyżegania gładko utoczonym kryształikiem siarkanu miedzi — zawsze pomyślny rezultat sprowadzają. Jeżeli przeciwnie błona spojówkowa jest rozpulchnioną i silnie nastrzykaną, a wydzielina z niéj pochodząca obfitą, natenczas zimne okłady, oraz częste przemywania worka spojówki przeciwgnilnemi roztworami, głównie roztworami sublimatu[2]) i azotanu srebra lub kreoliny — tego ostatniego zwłaszcza przy powikłaniach z cierpieniami rogówki — doprowadzą do właściwych granic chwilowe zaostrzenie sprawy chorobowéj. Zresztą przy ustępowaniu objawów ostrych jaglicy niejednokrotnie pomocnem okazuje się posypywanie całéj powierzchni blony spojówkowéj miałkim proszkiem boro-garbnikowym, przez kol. Wicherkiewicza zalecanym (*Acidi borici 3·0, Acidi tannici 1·0)*.

O ile faktem jest, że usunięcie załamka spojówki zazwyczaj korzystnie wpływa na stan błony rogowéj, uprzednio dotkniętéj jakiembądź dla jaglicy właściwem cierpieniem tak, że w tym razie często stan chorobowy rogówki bez wszelkiego leczenia ustępuje; o tyle nie można łudzić się, żeby usunięcie załamka miało sprowadzić, lub wyraźnie przyspieszyć sprawę wessania tworów limfatycznych w pozostałéj części spojówki. W tem też przeświadczeniu we wszystkich przypadkach, w których nie tylko w górnym, lecz i w dolnym załamku spostrzegać dają się liczne ziarna ja-

---

[1]) Nadmienię tu jeszcze, że od lat kilku stosuję miejscowe wcierania szaruchy i maści, zawierającéj jodek potasu, we wszystkich przypadkach, w których przy jaglicy daje się wyczuwać obrzmienie gruczołów przyusznych. Wyraźny obrzęk tych gruczołów znaleźć można w połowie przypadków lżejszych form jaglicy, a nie mniéj sądzę, niż w 90% cięższych przypadków tego cierpienia. Dwa razy dziennie, za każdym razem po minut kilka, a nawet kilkanaście, dokonywane wcierania wspomnianych maści w okolicę przyuszną, niezaprzeczenie pomyślny wpływ wywierają na chorobowe objawy w odpowiednim oku istniejące. — [2]) W licznych przypadkach przekonałem się, że polecone przez Staderiniego, Romiée i kol. Wicherkiewicza silne roztwory ($^1/_{10}$ % — 1 %) sublimatu, stosowane na spojówkę odwróconych powiek, nader pomyślnie wpływają na przebieg jaglicy; należy jednak odwrócić powieki tak, aby takowe w zupełności osłoniły rogówkę, a następnie destylowaną wodą zmyć zroszoną sublimatem powierzchnię spojówki. Nadmienić jednak winienem, że nieraz spotyka się przypadki jaglicy, w których sublimat od pierwszego razu, a w innych po pewnym czasie, nagle pogarsza stan oczu chorego. Fakt ten spostrzegałem w podobnych przypadkach tak przy stosowaniu silnych, jak nawet słabych $^1/_{100}$ % roztworów tego leku; jest to zapewne idijosynkrazyja błony śluzowéj oka względem sublimatu — co nie może dziwić wobec faktów, oczywiście dowodzących, iż przyrząd wzrokowy niekiedy najgorzéj znosi zwykłe, nawet klasyczne leki, pomyślnie i skutecznie działające w tychże cierpieniach u innych osób.

glicy, należy bez wahania jednocześnie wyciąć tak górny jak i dolny załamek. Zresztą wspomniane wskazówki, dotyczące stosowania leków w jaglicy, w każdym prawie przypadku sprowadzą sprawę wessania na tor właściwy. Przytem nadmienić musimy, że baczną należy dawać uwagę w każdym zadawniałym przypadku jaglicy, czy nie istnieje wapienny zawał gruczołów spojówki, szczególnie gruczołów Meiboma (t. z. *Lithiasis conjunctivae*) — w tym razie bowiem uporczywie utrzymuje się stan podrażnienia spojówki, a nawet rogówki, aż do chwili usunięcia ciała, już obcego ustrojowi przez nacięcie odpowiedniéj części spojówki i następne zastosowanie maleńkiéj ostréj łyżeczki lub wreszcie igły zaćmowéj. Wspomnieć tu winniśmy, że nieliczne rozproszone po wewnętrznéj powierzchni powiek oddzielne mieszki jaglicy można z pożytkiem rozcinać cienką igiełką. W wyjątkowych zaś przypadkach, szczególnie przy uporczywym charakterze jaglicy, należy przy następowem pooperacyjnem leczeniu, dla prędszego osiągnięcia celu, zamiast leków miejscowych wprost stosować galwanokaustykę, lub też zwykłe najcieńsze żegadło Paquelina w celu niszczenia ziarn jaglicowych, usadowionych na chrząstkowéj części spojówki. Przystępuje się do przyżegań jedynie w przypadkach, w których objawy podrażnienia w spojówce już ustąpiły, gdyż wówczas dopiero pojedyncze, głębiéj usadowione mieszki limfatyczne spostrzegać i skutecznie niszczyć można. Przy tym rękoczynie zawsze należy chloroformować pacyjenta. Po odwróceniu powieki głęboko nakłuwa się cieńkiem zwykłem, lub też galwanicznem żegadłem (*ignipunctura*) pojedyncze ziarnka jaglicy, a następnie przesuwa się żegadło po całéj powierzchni spojówki chrząstkowéj. Jednorazowe przyżeganie zazwyczaj nie wystarcza, szczególnie przy głębszem usadowieniu się mieszków limfatycznych, tem mniéj, że nieraz działanie przyżegania, które zdawało się być pierwiastkowo dosyć głębokiem, ogranicza się — jak ostateczny wynik wskazuje — li tylko do powierzchownych warstw błony śluzowéj oka. Powtórne przyżegania w celu zniszczenia pozostałych, oraz świeżo wytworzonych ziarn jaglicowych można najprędzéj w 8 dni przedsięwziąść. Nareszcie stosowanie żegadła może okazać się nader skutecznem w zadawniałych uporczywych przypadkach łuszczki jaglicowéj. Zazwyczaj wystarcza tu stosowanie żegadła wzdłuż kresy granicznéj między łuszczką a zdrową częścią rogówki, a następnie przyżeganie odpowiedniéj części rąbka spojówki w celu przecięcia nowoutworzonych naczyń krwionośnych. W przypadkach łuszczki, zajmującéj znaczną część błony rogowéj pożytecznem jest nadto stosowanie żegadła w kierunku dwóch łuków spółśrodkowych z odpowiednią częścią rąbka spojówki, raz na spojówce gałkowéj w pobliżu tegoż i raz w obrębie rogówki. Po przyżeganiu posypuje się zawsze rogówkę oraz worek spojówki miałkim proszkiem jodoformowym. Zastosowawszy żegadło do błony rogowéj, należy nałożyć opatrunek, zaś przy takimże rękoczynie tylko na spojówce uskutecznionym można zadowolić się zimnemi okładami, na oku operowanem stósowanemi.

W podobny sposób lecząc jaglicę można w przeciągu kilku tygodni po dokonanem wycięciu załamka spojówki usunąć tę uporczywą chorobę, a nadto prawie zawsze mieć pewność, że pacyjent będzie wolnym od powrotu tejże.

Jednem słowem znaczne skrócenie przebiegu tego cierpienia, uwolnienie pacyjenta od powrotów tegoż, oraz ztąd pochodzących, w skutkach zgubnych, powikłań ze strony błony rogowéj uznać należy za nader dodatnią stronę chirurgicznego sposobu leczenia téj choroby. Nie pomijamy też zaznaczenia ważnéj okoliczności, iż radykalnie lecząc jaglicę, zmniejszamy możność szerzenia się téj choroby, a zatem skutecznie walczymy przeciw znanym endemijom i epidemijom tejże.

Liczni przeciwnicy tego sposobu postępowania, z punktu widzenia teoretycznego, nie popartego żadnemi dowodami z praktyki zaczerpniętemi — z góry potępiają takowy, choć nie zdaje się ulegać wątpliwości, iż należałoby szybkiemu operacyjnemu usunięciu ziarn jaglicowych dać pierwszeństwo przed naturalną, miesiące, a nawet lata całe trwającą sprawą wzrostu, rozpadu, a wreszcie wiądu tworów limfatycznych. Co prawda, winno się być oględnym w wyborze przypadków. Niewątpliwie przeciwwskazanem jest chirurgiczne leczenie w przypadkach świeżo powstałych; daléj w ostrych formach tego cierpienia, szczególnie w obec wyraźnie ropnéj wydzieliny; następnie przy obecności ostrych cierpień błony rogowéj i tęczowéj. Również za przeciwwskazanie uznać należy obecność stulejki powiek po stronie, mającéj podledz operacyi wycięcia załamka. Przeciwwskazania te nie są jednak bezwarunkowe, gdyż tak zaostrzenie cierpienia spojówki, rogówki oraz tęczy, jak i stulejkę powiek zawsze możemy usunąć przed przystąpieniem do właściwego chirurg. leczenia spojówki. Najodpowiedniejszem więc polem dla tego leczenia są niezbyt wczesne chroniczne formy jaglicy, zwłaszcza przy rogówce, zajętéj już właściwą sprawą chorobową.

* * *

W ostatnich czasach, wskutek licznych badań bakteryjologicznych (Sattler, Michel, Kucharski, Staderini), coraz więcéj utrwala się zdanie, że jaglica oka jest pasorzytnem cierpieniem, że objawy tego cierpienia są wynikiem odpornego oddziaływania organizmu przeciw wdarciu się szkodliwych przybyszów o ustroju drobnowidowym, dotąd niestety! niedokładnie, gdyż niezgodnie przez różnych badaczów tej sprawy oznaczonym. Teoretycznie rozważając możnaby orzec, że racyjonalne leczenie jaglicy oka zależnem jest od ostatecznego wyniku badań bakteryjologicznych.[1]) Z praktycznéj jednak strony rzecz całą biorąc zauważyć należy, że nie możemy ani usunąć możliwości wdarcia się właściwego tu drobnoustroju do worka spojówki; nie zawsze też od nas zawisło zwiększenie miejscowéj siły odpornéj organizmu, również nie jesteśmy w prawie twierdzić, iż leki dotąd nader obficie w tym razie stosowane skutecznie walczą przeciw temu cierpieniu; ostatecznie więc pomni i świadomi słuszności wyż przytoczonego zdania prof. Raehlmanna winniśmy w praktyce szukać sposobów zniszczenia głównego siedliska téj choroby, którem jest gruczołowa tkanka w załamku spojówki,

[1]) Dla osiągnięcia praktycznéj korzyści z wyników badań bakteryjologicznych, nad tem cierpieniem dokonanych, wstrzykiwano roztwory przeróżnych środków przeciwgnilnych (kwas karbolowy, sublimat, azotan srebra, siarkan miedzi, chlorek chininy i t. d.) w błonę śluzową oka oraz w powierzchowne warstwy podspojówkowéj tkanki łącznéj. Dotąd próby te okazały się bezskutecznemi przy leczeniu jaglicy. Dotychczas więc nie dopięto idealnego celu w leczeniu jaglicy: nie zdołano usunąć tworów chorobowych przy zupełnem zachowaniu formy oraz czynności narządu wzrokowego, nie zdołano uwolnić spojówki od limfatycznego nacieku bez zmniejszenia rozległości błony spojówkowéj, oraz bez uniknięcia wytworzenia się blizny.

winniśmy — z zachowaniem wszelkich ostrożności — przyspieszyć rozwiązanie, które w naturalnym przebiegu, a nawet przy leczeniu, jak dotąd, zazwyczaj jedynie łagodzącem, wlokąc się przez długie lata sprowadzają następstwa gorsze od samegoż pierwiastkowego cierpienia. Oględne operacyjne leczenie jaglicy, oparte na ogólnych zasadach chirurgii, nie naraża organu wzroku na najmniejsze niebezpieczeństwo. Ruchy powiek, domykalność tychże, ustawienie oraz ruchy gałki, odżywianie i przeźroczystość błony rogowéj w niczem, przy tem postępowaniu, nie zostają na szwank wystawione. Tak tu, jak i w innych działach chirurgii odpowiedni rękoczyn, we właściwym czasie zastosowany, kładzie hamulec groźnym następstwom cierpień, poruczonych li tylko poważnéj zresztą *vis medicatrix naturae* lub, co gorsze, banalnym nieraz lekom!

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

P. Güterbock: **O zboczeniach w oddawaniu moczu w przeroście gruczołu krokowego.**

G. sprzeciwia się zapatrywaniu powszechnie przyjętemu, że zboczenia w czynności oddawania moczu są następstwem mechanicznych przeszkód, jakie sprowadza przerosły gruczoł krokowy przy ujściu pęcherza. Także czynnościowe przeważanie zwieracza krokowego *(sphincter prostaticus)* nie daje dostatecznego wyjaśnienia. G. przyłącza się na podstawie swych doświadczeń do szkoły Guyona w Paryżu t. j., że przerost gruczołu krokowego jest sprawą włóknisto-mięśniowego zwyrodnienia, ograniczoną nie wyłącznie tylko do jednego narządu. Podobna sprawa włóknistego stwardnienia odbywa się w całym układzie moczowym i stoi na równi ze zmianami miażdżycowemi układu naczyniowego i jak one tworząc oznakę przedwczesnego starzenia się. Włókniste zwyrodnienie mięśni pęcherzowych, istniejące obok przerostu gruczołu krokowego, znajduje zastósowanie celem wytłomaczenia niedomogi pęcherza i na tle tego zapatrywania tłómaczy G. trzy okresy przerostu gruczołu krokowego, podane przez Guyona: okres zapowiadający się, 2-gi i 3-ci. Szczególne znaczenie przypisuje G. polyuryi, przydarzającéj się w przeroście gruczołu krokowego tak w okresie początkowym, jak i końcowym, następnie objawom niestrawności, jakoteż upośledzonemu stanowi ogólnemu, który może sprowadzić szczególną tkliwość i gwałtowne oddziaływanie przeciw zabiegom wszelkiego rodzaju. W końcu omawia G. jako powikłania zapalenie pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych i nerek i nagłe zatrzymanie moczu. (*Berl. Klin.* 1888, z. 4-ty).

Dr. Baschkopf.

J. Fessler (Mnichów): **O promienicy u człowieka.**

Na zasadzie kilku przypadków *Actinomycosis hominis*, spostrzeganych w klinice chirurgicznéj Nussbauma, podaje F. następujące cechujące własności téj choroby: 1) uporczywy, powolny przebieg zapalenia bez gorączki i znaczniejszego bólu; 2) znaczne rozmiary i stwardnienie zapaleniem dotkniętych części; 3) w wszystkich przypadkach, w których sprawa chorobowa usadowiła się na kości lub w kości, były otaczające części miękkie na znacznéj przestrzeni z nią zrośnięte, łącząc się z nią za pomocą grubych postronków; 4) zwykle przychodzi w obrzęku zapalnym po tygodniach i miesiącach do ograniczonego powierzchownego rozmiękczenia, które bez gwałtowniejszych przypadów wypróżnia się na zewnątrz, 5) skąpa wydzielina tego rozmiękczenia posiada własności szczególnéj ropy, lub krwawo zabarwionéj surowicy; 6) Ognisko takie szybko się zabliźnia, cały obrzęk się zmniejsza; w następnych tygodniach jednak wytwarza się nowy z poprzednim w związku zostający obrzęk wśród całkiem podobnych objawów; 7) rozległy rozpad następuje dopiero późno. W rozpoznaniu należy odróżnić sprawy kiłowe, gruźlicze i nowotworowe. (*Wien. m. W.* 1889, Nr. 31). *Dr. Baschkopf.*

Turazza: **O zapaleniu popłonicowem gruczołu przyusznego.**

T. tłomaczy powstanie zapalenia gruczołu przyusznego w następstwie płonicy, które zwykle występuje obustronnie i przechodzi w ropienie, w ten sposób, że jad, który głównie w jamie ustnéj i gardle się gnieździ, przez przewód Stenona dostaje się do gruczołu przyusznego, i w nim wywołuje zapalenie. Zapalenie to albo ogranicza się do tego gruczołu albo przenosi się następnie na otaczającą tkankę i sąsiednie gruczoły. Ropienie odbywa się powoli i następuje prawie zawsze dopiero wtedy, gdy już ustąpiły objawy na skórze i w gardle. Przy nacięciu wydobywa się gęsta ropa, w któréj niekiedy znajdują się cząsteczki gruczołu od wielkości soczewicy do wielkości bobu. Pod wpływem leczenia ściśle przeciwgnilnego zejście jest prawie we wszystkich przypadkach pomyślnem. (*Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph.* rocznik 20). *Dr. Baschkopf.*

Choroby wewnętrzne.

Prof. Fürbringer (Berlin): **O durze w szpitalu Friedrichshain podczas ostatniéj epidemii berlińskiéj.**

W przeciągu $2^1/_2$ miesięcy leczono 67 mężczyzn, 75 kobiet i 13 dzieci niżéj 12 lat. Liczba przypadków śmierci wynosiła 16, więc 10·3% wobec poprzedniéj przeciętnéj śmiertelności 17·3%. 10% śmiertelności musi każdy uważać za liczbę pomyślną, kto zna właściwości tamtejszych chorych durowych, kto widział, wielu chorych się oddaje do szpitala już tylko do umierania. Z mężczyzn umarło 8 (12%), z kobiet 6 (8%), za znaczną różnicę czyni F. pijaństwo odpowiedzialnem, z dzieci 2 (15·5%). Znaczna śmiertelność była po 40 roku, mała w 3 im i 4-tym dziesiątku. Praktyczne przeprowadzanie odrażania pawilonów było bardzo proste. Natychmiastowe przepłukanie treści wychodków 5% kwasem karbolowym, natychmiastowe usunięcie bielizny, łóżka i ciała po zanieczyszczeniu kałem, którą po zadziałaniu na nią rozczynem sublimatu oddano pralni i tą ostrożnością tłomaczy się niezapadnięcie osób w pralni zatrudnionych. Z drugiéj jednak strony poucza zarażenie się 4 Siòstr Miłosierdzia i 2 posługaczy, że ciągła styczność z bielizną zanieczyszczoną stanowi wybitne niebezpieczeństwo przeniesienia duru; obwinia tu przedewszystkiem zanieczyszczenie rąk, bezpośrednie (potrawy), lub pośrednie przeniesienie prątków z tych do ust, oderwanie się i wdychanie cząsteczek kału wysuszonego i t. d. Tylko dwóch chorych uległo gwałtowności duru, t. zw. hyperinfekcyi. Z 9 przypadków krwotoków jelitowych 3 skończyły się śmiertelnie. Uwagi godnem jest, że 3 razy nastąpiło wyleczenie po niewątpliwem przedziurawieniu jelita i zapaleniu otrzewny. Co do leczenia, to t. z. sposobów poronnych nie stosował i to ani kalomelem, ani całkiem nieużyteczną naftaliną, leki przeciwgorączkowe podawał tylko w bardzo ograniczonym wyborze, a za to zwracał główną uwagę na posilną dyjetę i leki podniecające (Sherry, koniak, kamfora) wobec zagrażającego osłabienia. Zresztą większą liczbę chorych poddano metodycznemu, najczęściéj łagodnemu i indywidualizującemu leczeniu kąpielami i to stosowanemi jako środek podniecający i dyjetetyczny (dla odświeżenia układu nerwowego, utrzymania czystości, pobudzenia łaknienia, zwalczania ocieklin itd.). (*B. klin. W.* 1889, Nr. 27). *Dr. Baschkopf.*

E. Krull: **Dalsze doniesienia o leczeniu suchot płucnych wilgotno-ciepłem powietrzem.**

Pierwotnie przez siebie podane leczenie zmienia autor o tyle, że ciepłotę wdychanego powietrza, wynoszącą pierwéj 44—45°, obniżył teraz do 42° i tem najwidoczniéj udowadnia, że swojem leczeniem nie dąży do zniszczenia prątków gruźliczych, zawartych w płucach i leczenia tym sposobem suchot, gdyż leczenie przeciwpasorzytnicze gruźlicy płuc uważa za bezskuteczne, a jego metoda nie ma nic wspólnego z wychwalanem leczeniem suchot, które przez wprowadzenie na 200° ogrzanego suchego powietrza do płuc dąży do zabicia prątków gruźliczych; postępowanie to, podane najpierw przez Hallera, odrzucił Gottstein jako zupełnie bezpodstawne. Doświadczenia Cornela na zwierzętach stwierdzają nieskuteczność wszystkich środków przeciwgruźliczych i sądzi, że byłby już czas do zaprzestania gonienia za lekami, zabijającemi prątki w suchotach płucnych. Opierając się na swojéj teoryi, że

niedostateczne odżywienie płuca ułatwia osiedlenie się w niem grzybków chorobotwórczych i że usunięcie téj nieprawidłowości przez powiększony dowóz krwi do płuc jest jedyną drogą do leczenia suchot, starał się wydoskonalić swój sposób leczenia, do tego celu dążący. Sposób K. daje najlepsze widoki przy wczesnem rozpoczęciu leczenia, a gdy gruźlica płuc już dłuższy czas trwa, należy rokować ostrożnie. Chorzy K. wdychają powietrzem o ciepłocie 39—40°, trwanie posiedzenia 15—25 minut. Wogóle zdaje się, że codzienne jednorazowe wdychanie przez 20 minut wystarcza do zupełnego wyleczenia. O tem leczeniu nabrał przekonanie, że nigdy, nawet u najbardziej osłabionych chorych, nie osłabia, że nigdy nie wywiera szkodliwego miejscowego zadrażnienia, że nigdy szkodliwie nie podwyższa ciepłoty chorych. Krwotoków nigdy nie spostrzegał, owszem chorzy, którzy przy rozpoczęciu leczenia mieli plwociny krwawe, tracili potem tę domieszkę krwi, bez użycia jakichkolwiek wewnętrznych leków. Również zauważał powiększenie się ciężaru ciała z rozpoczynającem zdrowieniem przy tem leczeniu. Wszelka gimnastyka płucna, nasilone głębokie oddychanie, wykonane wskutek bezpośredniego polecenia lub wskutek zimnych tuszów, męczących przechadzek, chodzenia po górach, sprowadza największe niebezpieczeństwa dla gruźliczego płuca i nie dopuszcza wyleczenia. (*W. kl. Woch.*, 1899, Nr. 27).

Dr. Baschkopf.

Choroby nerwowe.

Zjazd dla hypnotyzmu doświadczalnego i leczniczego w Paryżu. Ladame omawiając praktyczne znaczenie i niebezpieczeństwo hypnotyzmu, doszedł do następujących wniosków: 1) Należy bezwarunkowo zabronić publicznych hypnotycznych i magnetycznych posiedzeń w interesie dobra publicznego; umysłowe epidemije wieków średnich, jako też przez pociąg naśladowania wywołane szkodliwe następstwa publicznych przedstawień i w związku z niemi pozostające próby z strony laików usprawiedliwiają powyższe zdanie. 2) Do leczniczego zastosowania hypnotyzmu uprawnieni są tylko egzaminowani lekarze, u których prawo przypuszcza potrzebną znajomość rzeczy i moralność 3) Wywołanie stanu hypnotycznego i jego lecznicze zastosowanie należy obowiązkowo wcielić do programu naukowego klinik psychijatrycznych. — Renterghem z Amsterdamu wykładał o leczeniu przez poddawanie i o jego zastosowaniu w afazyi, macinnicy, śledziennictwie, gośćcu, zawrocie głowy, ciężkich upławach, w których to przypadkach osiągnął częścią polepszenie, częścią wyleczenie. Bernheim z Nancy twierdzi, że już dawno używają lekarze nieświadomie poddawania w celu leczenia, gdyż tylko tak można sobie tłomaczyć działanie obojętnych czynników; zaufanie do lekarza, wiara w skuteczność środka usuwa w rzeczywistości istniejące zboczenia. O sądowo-lekarskiem znaczeniu hypnotyzmu mówił Liégeois, profesor wydziału prawnego w Nancy. Omawia możliwość, czy hypnotyzowanych przez poddawanie można nakłonić do zbrodniczych czynów i jak dalece można ich za to uczynić odpowiedzialnymi; twierdzi, że tylko takie osoby są nieodpowiedzialne, które można wprawić w głęboki somnabulizm, gdyż tylko automatyzm jest bezwzględny. W danym przypadku rozchodzić się będzie o wykazanie: 1) czy osobę w ogóle można zahypnotyzować i 2) czy można ją tak głęboko zahypnotyzować, aby po poddaniu żadnego oporu stawiać już nie mogła, a następnie rozchodzi się o to, aby wykryć sprawcę poddania, co może być dla tego utrudnionem, że medium można równocześnie poddać, aby zapomniało o wszystkich poprzedzających i towarzyszących okolicznościach. W takich razach uważa L. za usprawiedliwione użyć także drogi poddawania, aby w taki sposób pośrednio wykryć sprawcę. L. opowiada o trzech przypadkach niewinnego posądzenia na zasadzie fałszywych oskarżeń ze strony macinniczych osób, dalej o 5 przypadkach zgwałcenia dokonanego na histeryczkach, w końcu o 4 przypadkach zbrodniczych czynów, imputowanych przez poddawanie. Gilles de la Tourette twierdzi, że hypnotyzowani mogą sprzeciwiać się zbrodniczemu poddawaniu. (*Münch. m. W.* 1889, Nr. 35). *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

Credé (Drezno): **Chirurgija pęcherzyka żółciowego.**

Skoro wewnętrzne środki w chorobach kamieni żółciowych nie pomagają, lub gdy występują stany septyczne, należy wykonać zabieg chirurgiczny a mianowicie idealną cystotomiją, szew i zapuszczanie pęcherzyka, w przypadkach niezmienionego, z otoczeniem nie zrośniętego pęcherzyka; drugie: wyłuszczenie pęcherzyka wobec jego zwyrodnienia, trzecie: najlżejszy zabieg, nacięcie z utworzeniem zewnętrznéj przetoki w przypadkach wyniszczenia sił chorych. C. wykonał 4 razy wyłuszczenie pęcherzyka, a 5 razy idealną cystotomiję. Krwotok z wątroby podczas jednéj operacyi mógł łatwo zatamować żegadłem Paquelina. Odiego spostrzeżenia na psach, że po wyłuszczeniu pęcherzyka żółciowego mimo ogromnéj żarłoczności następuje znaczna utrata ciężaru, która się znowu powoli wyrównywa, zrobił C. także u swoich chorych, a tłomaczy to tem, że wypróżnienie żółci nie odbywa się, jak pierwéj, przy każdem jedzeniu, lecz trwale i jednostajnie, a późniéj wytwarza się wyrównanie przez rozdęcie dróg żółciowych w wątrobie. W dyskusyi podnosi Thiem, że C. opuścił w swoim wykładzie cystotomiję z podwiązaniem przewodu pęcherzykowego, jaką podał Zielewicz w Poznaniu dla tych przypadków, w których nie można wyciąć pęcherzyka, a czynność jego zniszczyć należy. T. opisuje przypadek wielkiego guza jamy brzusznéj kształtu klepsydry, zrośniętego z powłokami brzusznemi, siecią i jelitami, zawierającego w górnéj połowie pęcherzyk żółciowy, w środku zaś znaczną ilość kamyków żółciowych. Po podwiązaniu przewodu pęcherzykowego wyłuszczył cały guz, a chora wyzdrowiała. Co do rozpoznania zauważa Langenbuch, że tylko w nielicznych przypadkach udało mu się obmacywaniem dojść do celu, chyba, że pęcherzyk był bardzo opuchliną dotknięty; za pomocą cięcia próbnego można na pewne rozpoznać. Wogóle należy tylko wtedy operować, jeżeli przy długoletniéj chorobie leki wewnętrznie podawane okazały się bezskutecznemi. Wyłuszczenie tylko wtedy należy wykonać, jeżeli się łatwo udaje. Na 24 przypadków wyłuszczeń tylko 2 skończyły się śmiercią bezpośrednio po zabiegu, a 6 wskutek zapalenia otrzewny. W rzadkich przypadkach kamyków żółciowych wątroby, które dopiero podczas operacyi stwierdzić można, należy naturalnie zaniechać wyłuszczenia pęcherzyka żółciowego. (*Berl. kl. Woch.*, 1889, Nr. 24). *Dr. Baschkopf.*

E. Navratil: **Przyczynki do chirurgii mózgu.**

N. opisuje 4 przypadki ropnia mózgowego (jeden bez operacyi, jeden zakończony śmiercią w 3½ miesięcy po operacyi wskutek zapalenia opon mózgowych, dwa wyleczone i to 1, względnie 3 lata spostrzegane), trzy przypadki padaczki urazowéj (jeden znacznie polepszony, jeden po 4 miesiącach wyleczony, 11 miesięcy spostrzegany, trzeci po dwóch operacyjach wyleczony, 1½ miesiąca bez napadu), daléj 2 przypadki rany postrzałowéj czaszki, w których kula wgoiła się i jeden, w którym kula 12 milim. utworzyła otwór wyjścia wielkości dłoni dziecięcéj, także wyleczenie. N. odsłania po zwykłem przygotowaniu chorego miejsce na czaszce za pomocą cięcia płatowego i używa (także wobec otwartych złamań kości) trepanu ręcznego, robiąc 6 i więcéj otworów; dłuta używa tylko do usunięcia łączących mostków kostnych. Po dokładnem oczyszczeniu 1% rozczynem sublimatu, otwiera się oponę twardą w miejscu nie odpowiadającem o ile możności ranie skórnéj i jeżeli wtedy ognisko chorobowe jeszcze nie jest odsłonięte, wbija bistur (nie strzykawkę lub igłę rowkowaną) w korę w ropniach mózgowych, aż jama ropnia nie wykaże się przez brak odporności wobec noża. Opatrunek za pomocą tamponady jodoformowéj lub szew i założenia sączków na krótki czas (24 godzin). W ropniach potrzebne jest dostateczne rozszerzenie otworu i oczyszczenie, względnie wyskrobanie jamy; krwotok prawie zawsze ustaje po krótkiéj tamponadzie. Drugi przypadek padaczki urazowéj jest szczególnie z tego powodu pouczający, że po trzech operacyjach, któremi nie naruszano kory, a które ograniczały się tylko do blizn kostnych i opony twardéj, kurcze jeszcze wracały i dopiero po czwartéj, przy któréj usunięto cztery żółtawo-białe, twarde miejsca z zwoju środkowego przedniego (blizny kory) zupełnie ustąpiły i jeszcze po 11 miesiącach nie wróciły. Że po wycięciu części kory mózgowéj nie następują trwałe porażenia, tłomaczy N. tem, że pobudki ruchu dla odnóg już pierwéj na inne drogi zostały odprowadzone. W końcu opisuje N. jeszcze przypadek zranienia zatoki podłużnéj (*sinus longitudinalis*); zatamowanie krwotoku za po-

mocą głębokiego obejmującego szwu i przypadek wyłuszczenia „margarytomu“ z lewéj kości czołowéj; w obu przypadkach osiągnął wyleczenie. (*Deut. med. W.* 1889, Nr. 33).

Dr. Baschkopf.

Położnictwo.

Leopold (Drezno): **O połogu u rodzących, które nie były poddane ani badaniu ani przepłukiwaniu wewnętrznemu i o samozakażeniu.**

L. już dawno zauważył, że kobiety, które nigdy nie były badane, przebywały najlepszy połóg; rozporządza on 200—300-stu przypadkami, w których chorobliwość wynosiła najwyżéj 1%—2%. Podczas gdy od r. 1885 stosuje przedwczesne wymywanie pochwy i przytem miał szeregi 130 i 160 porodów bez zakażenia i bez przypadku śmierci, stały się wyniki stanowczo gorszemi, gdy w ostatnim roku używał dokładnego odrażania pochwy i szyjki za pomocą wymywania, co odnieść należy do wtarcia wydzieliny pochwowéj w drobne szczeliny, prawie zawsze wtedy się znachodzące. L. opisuje 9 przypadków łączących się z gorączką, które znachodziły się na 510 przypadków niebadanych i nie odrażanych, w żadnym przypadku nie można tłomaczyć gorączki jako powstałéj przez samozakażenie. Opierając się na swem doświadczeniu, przychodzi do następujących wniosków: 1) O samozakażeniu tylko wtedy może być mowa, jeżeli wykluczyć można każdą inną przyczynę podniesienia się ciepłoty; 2) w zakładach naukowych są źródła zakażenia często bardzo ukryte, lecz przecież istnieją i można je usunąć; 3) w przypadkach pozornego samozakażenia można w opisanych przypadkach zawsze wykazać inne źródła zakażenia; 4) L. uważa wyraz „samozakażenie“ za niebezpieczny ze względu na czynność zakładów; 5) najlepszy połóg odbywają te kobiety, które nie były wewnętrznie badane; 6) w klinicznych zakładach należy położyć nacisk na zewnętrzne badanie, które prawie zawsze daje dostateczne wyjaśnienie; 7) jeżeli wewnętrzne badanie jest koniecznem, należy największe znaczenie przypisać najskrupulatniejszemu odrażaniu; 8) tylko w porodach nieprawidłowych, przy dlugiem trwaniu sprawy porodowéj, rozkładaniu się płodu i t. d. potrzebne jest przeciwgnilne oczyszczenie wewnętrznych części rodnych. (*Deut. m. Woch.* 1889, Nr. 27).

Dr. Baschkopf.

Mochnaczów: **Stosunek ciężarnéj macicy do białych ciałek krążącéj w niéj krwi.**

Zestawiając budowę błony śluzowéj macicy i znane spostrzeżenie, że podczas ciąży zwiększa się ilość białych ciałek krwi, zadał sobie autor pytanie, czy nie wpływa budowa adenoidalna macicy na wytwarzanie się ciałek bialych podczas ciąży i miesiączkowania? Dla rozstrzygnięcia tego pytania brał równocześnie krew z części pochwowéj macicy kobiety ciężarnéj i z palca i badał je na ilość ciałek białych. Wyniki téj pracy okazały się zupełnie inne niż autor przypuszczał, przystępując do niéj, ilość bowiem ciałek białych we krwi krążącéj w ciężarnéj macicy okazała się mniejszą niż we krwi z palca.

Na podstawie tego faktu autor przypuszcza, że część białych ciałek zatrzymuje się w macicy i zużytkowuje się jako materyjał do wzrostu jéj błony śluzowéj i dla odżywiania płodu. Przypuszczenie to potwierdza jeszcze wykazane przezeń spostrzeżenie, że przy skurczach macicy powiększa się znacznie we krwi jéj ilość ciałek białych. Faktyczne więc wyniki pracy autora są następujące: 1) Krew kobiet ciężarnych zawiera więcéj ciałek białych, niż krew nieciężarnych; 2) krew wzięta z części pochwowéj macicy zawiera mniéj ciałek, niż krew wzięta z palca téjże ciężarnéj kobiety; 3) odmienne rezultaty otrzymują się podczas skurczów macicy ciężarnéj, a inne wkrótce po nich. (*Żurnał akuszerstwa i żenskich boleźniéj*, 1889, Nr. 4).

A. W.

Choroby skórne i weneryczne.

A. Pospelow (Moskwa): **O zarażeniu się kiłą t. zw. ekstragenitalnem.**

Opierając się na 198-iu spostrzeganych przez siebie przypadkach (na wargach ust 49, 20-stu mężczyzn i 29 kobiet; na dziąsłach 1; na języku 3 = 1+2; w gardle 45 = 14+32; na sutkach 69, na brodzie 1, na powiekach 3, w nosie 1, na tułowiu 10, około otworu stolcowego 5, na odnogach 10), czyni P. następujące wnioski: 1. W żeńskiéj ludności warstwy roboczéj Moskwy jest *infectio syphilitica extragenitalis* daleko więcéj rozpowszechnioną, niż w męskiéj. Tę przewagę kobiet spotykamy także w innych miastach Europy i zawisłą jest częściowo od fizyjologicznych własności ustroju kobiecego (karmienie) po części od towarzyskiego stanowiska kobiety. 2. Najczęstszą postacią zakażenia po za obrębem części płciowych w warstwie roboczéj jest zarażenie przez usta, a tu głównym czynnikiem są pocałunki, używanie do picia i jedzenia wspólnych naczyń, a mianowicie łyżek drewnianych, łatwo przyjmujących zarazek kiłowy. 3. Drugim, oczywiście tylko u kobiet zdarzającym się czynnikiem zakażenia ekstragenitalnego jest karmienie piersią już to obcych, już też własnych dzieci, w ostatnim przypadku, jeżeli je czasowo powierzono mamkom kiłowym. 4. *Infectio per os* wskutek używania wspólnych naczyń z osobnikami kiłowemi spostrzega się przedewszystkiem u kobiet w małych pracowniach rzemieślniczych i w pracowniach do szycia, co wskazuje na brak sanitarnego przestrzegania tych zakładów. *Infectio extragenitalis* u pokojówek, kucharek i innych sług świadczy o bezwzględności i obojętności gospodarzy względem swych sług i siebie samych. 5. Dla zapobieżenia rozpowszechnieniu się kiły na drodze ekstragenitalnéj potrzebne są rozległe i odpowiednie zarządzenia. (*Archiv. f. Derm. u. Syph.* 1889, z. 2). *Dr. Baschkopf.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

VII. Posiedzenie naukowe z 18 maja 1889 r.

Przewodniczący kol. Pawlikowski. Członków obecnych 22.

1) Kol. Feigel przedstawia okazy patologiczno-anatomiczne kilku ciekawych przypadków napotkanych przy sekcyjach naukowych w prosektoryjum szpitala powszechnego we Lwowie, a mianowicie: a) Brak zupełny całéj środkowéj i lewéj strony przepony u noworodka zmarłego w 1/4 godziny po porodzie. Otwór w przeponie ma średnicę 4—5 ctm., brzegi jego zupełnie gladkie, pokryte szklącą błoną surowiczą, przechodzącą z powierzchni jednéj na drugą. W środkowym kącie tylnym otworu widać naczynie przebiegające z klatki piersiowéj do jamy brzusznéj. Wszystkie jelita wraz z żołądkiem, śledziona, trzustka i lewa nerka leżą w jamie opłucnéj lewéj, ugniatając płuco lewe tak, że takowe stanowi zbite, bezpowietrzne ciało wielkości zaledwie bobu, leżące w samym szczycie klatki piersiowéj lewéj. Worek sercowy z sercem leży po stronie prawéj śródpiersia. Zwłoki cechowały się ogólną sinicą skóry. b) Drugi przypadek okazany stanowi mięsak chrząstkowy, wyrastający u mężczyzny 27 lat liczącego z chrząstek żebrowych prawéj strony w formie guza, wystającego pod skórą klatki piersiowéj prawéj w okolicy sutka wielkości sporéj głowy męzkiéj, na szczycie z rozpoczynającym się rozpadem napiętéj skóry, a z drugiéj strony wrastającego w kształcie guza téj saméj wielkości w głąb klatki piersiowéj prawéj. Wskutek tego płuco prawe zostało mocno ugniecione i ku górze wyparte po nad 4-te żebro, w wątrobie zaś w następstwie długotrwałego ucisku przez nowotór powstało głębokie nieckowate zagłębienie, widoczne na przedstawionym okazie. Drugie ognisko nowotworu okazało się w okolicy szyi udowéj lewéj. Wskutek bujania nowotworu szyja kości udowéj została zupełnie zniszczoną i nastąpiło złamanie kości. Trzecie ognisko nowotworowe okazuje prelegent w tkance łącznéj otaczającéj miedniczki nerkowe, szczególnie prawą, skąd nowotwór rozrasta się w torebkach nerkowych obu stron jakoteż w tkance łącznéj i w gruczołach chłonnych miednicy małéj. Prócz tego wykazała sekcyja zapalenie ostre męcherza, miedniczek i rozsiane ropne zapalenie nerek. c) Trzeci okaz patologiczny stanowi ciekawy przypadek ciąży zamacicznéj brzusznéj z równoczesnem zapaleniem posokowatem miednicy. Otrzewna ścienna i trzewowa okazuje ślady przebytego dawniéj zapalenia w postaci rozległych zrostów jelit pomiędzy sobą i innemi trzewami zwłaszcza do macicy i trąbek. Obie trąbki pozakręcane leżą po za macicą i są znacznie rozszerzone; jajniki małe, otoczone pasmami i nitkami tkanki łącznéj — w lewym jajniku nadto torbiel okazały z włosami i cholestearyną wielkości orzecha włoskiego. Macica powiększona do wielkości dużéj pomarańczy, otoczona licznemi błonami wrzekomemi i poprzy-

czepiana do jelit i trąbek. Ściany jéj do $1\frac{1}{2}$ ctm. grube, żółtawe; jama obszerna, pokryta doczesną, przesiąkłą posokowatą cieczą i strzępami oddzielającą się; szyja rozszerzona, błona jéj podobnie zmieniona; pochwa szeroka. Pomiędzy kiszkami z lewéj strony brzucha nad macicą widać torbę, wytworzoną z błon wrzekomych zapalnych i z błon płodowych, grubości ściany do 0·2 ctm., wewnątrz wygładzoną i wypełnioną płynem krwawo-posokowatym, w któréj leży płód 42 ctm. długi, zupełnie dobrze zresztą rozwinięty, wiszący na pępowinie do 40 ctm. długiéj. W dolnym odcinku téj torby przyczepiona jest do ścian jéj łożysko, złożone z kilku nieregularnych zrazów, obok których znaleziono przy obdukcyi skrzep krwi wielkości sporéj głowy ludzkiéj. Zresztą wszędzie obraz ostrego zapalenia otrzewnéj, ostréj posocznicy i niedokrwenności ostréj. Z historyi choroby dodaje prelegent, iż zmarła zgłosiła się na oddział położniczy w agonii z ciążą, zapaleniem otrzewnéj i gorączką septyczną i umarła zaraz dnia następnego po przybyciu. d) Czwarty okaz przedstawia zwężlenie kiszek cienkich w postaci krawatki uwiązanéj we dwie pętle napotkane u 15-letniéj dziewczyny, która nagle wśród objawów niedrożności jelit zachorowała i wkrótce zmarła. W jelicie czczem znaleziono tasiemca zupełnie rozwiniętego, który może stał się powodem zwężlenia jelit. Zupełnie podobny przypadek opisał prelegent w 1875 roku w „Przeglądzie Lekar." i objaśnił zarazem ryciną — obecnie więc odwołuje się do opisu owego przypadku. Zaznacza tylko, że podobny przypadek, o ile mu wiadomo, nie jest dotąd w literaturze znany, gdyż rzadko opisane zwężlenia znajdowano zawsze pomiędzy Sromanum, a jelitem cienkiem — prelegent zaś znalazł obecnie już drugi podobny przypadek przy sekcyi. e) Wreszcie przedstawia prelegent preparat, pochodzący z dziecka, które po porodzie żyło 19 godz., a u którego przy obdukcyi znaleziono pęcherz znacznie rozszerzony o ścianach zgrubiałych, część przypprątną cewki moczowéj również znacznie rozszerzoną, a tuż przed nią w części błoniastéj cewki wrodzone zarośnięcie cewki. Oba moczowody rozszerzone do grubości palca małego, miedniczki mocno rozszerzone podobnie jak nerki, których miąższ zanikły, stwardniały, utrzymany zaledwie w grubości 0·3 ctm. Urachus był zamknięty.

2) Kol. Schramm przedstawił chorego, który wskutek przejechania doznał pęknięcia pęcherza moczowego. Bezpośrednio po uszkodzeniu wystąpiły silne bóle w brzuchu, womity, zaparcie moczu i zapad. Badany w 8 godzin późniéj okazywał ekskoryjacyję w lewem podżebrzu i w tem miejscu stłumienie, którego nad pęcherzem moczowym nie było. Przez wprowadzony cewnik odszedł mocz, potem ciecz fusowata, potem znowu mocz czyściejszy, a za uciskaniem na powłoki brzuszne prąd nieco się zwiększał. Z tych objawów rozpoznał kol. S. pęknięcie pęcherza moczowego, które zeszył sposobem Rydygiera. Cewnik w pęcherzu pozostawiony był stale przez dni trzy.

3) Kol. Ziembicki przedstawił trzech chorych, a mianowicie: a) Rekonwalescenta po otoku opłucnowym ropnym po stronie lewej klatki piersiowéj, operowanego metodą Küstera przez resekcyję żebra 7-go w linii pachowéj tylnéj z następowym ciągłym odpływem ropy do opatrunku. Przebieg był nadzwyczaj korzystny, bo znaczna przedtem gorączka w kilka dni po operacyi opadła zupełnie, a stan ogólny przed operacyją bardzo groźny po niéj szybko się poprawił. b) Chłopca 22-letniego, u którego wyjął przed kilkunastu dniami kilka uklejowatych guzów odchodzących od podstawy czaszki w jamie przełykowéj. Operacyja odbyła się metodą Gussenbauera. c) Rekonwalescenta po trepanacyi czaszki, wykonanéj przed dziesięcioma dniami u mężczyzny 34-letniego, u którego po doznanem w dniu 26/4 b. r. uderzeniu kamieniem w czaszkę w okolicę boczną lewą bez rany i załamania zewnętrznego kości wystąpiło zwolna wzmagające się porażenie po stronie ciała drugiéj, zajmujące głównie mięśnie twarzy i odnogi górnéj, a w mniejszym stopniu kończynę dolną. Badanie wziernikiem wykazało przekrwienie bierne naczyń śródgałkowych obu oczu. Podejrzywano pęknięcie wewnętrznéj blaszki kostnéj z infrakcyją lub wynaczynienie. Po trepanacyi w miejscu podanego urazu znaleziono pomiędzy kośćmi szczytu czaszki a oponą twardą jamę do 8 ctm. długą, a 4 ctm. szeroką, wypełnioną skrzepami krwi. Te zostały usunięte częścią łyżeczką, częścią przez wypłukanie rozczynem sublimatu 0·05%, następnie jama wytarta gazą i po założeniu drenu cięcie w częściach miękkich czaszki zeszyte. Objawy porażenne po téj operacyi rychło ustąpiły, a utrzymujące się dotychczas w lekkim stopniu osłabienie kończyny górnéj prawéj zwolna się wyrównywa.

Nad pierwszym z przedstawionych chorych wywiązała się ożywiona dyskusyja, w któréj wzięli udział koll. Schramm, Barącz, Pisek, Wehr i Ziembicki.

4) Wreszcie obradowano nad poruszoną przez kol. Przewodniczącego sprawą biblijoteki, którą Sekcyja lwowska otrzymała od Towarz. lek. galic. Po dłuższéj dyskusyi wybrano na wniosek kol. Wiktora komisyję z 13 członków, która na następnem posiedzeniu ma zdać sprawozdanie z swych obrad w téj sprawie. Za sekretarza naukowego: *Dr. Świątkiewicz.*

V. Filip Ricord.

Dnia 22 b. m. zakończył życie w Paryżu głośnéj na cały świat chwały syfilidolog Dr. Filip Ricord. Urodzony dnia 10 grudnia 1800 r., był on wiek niemal cały najprawdziwszem wcieleniem ducha francuskiego narodu, jego wykwintnego umysłu, płodnéj pracowitości i wiecznéj pogody duszy. R. przyszedł na świat w Baltimore, gdzie się schroniła jego rodzina podczas rozruchów wielkiéj rewolucyi. Już w młodzieńczym wieku odbył on naukowo-przyrodnicze podróże po Ameryce, kierowany i pouczany przez dwóch starszych braci, głośnych w owym czasie przyrodników. Systematyczne studyja lekarskie rozpoczął w Filadelfii, a skończył je w Paryżu, gdzie już w r. 1822 nadano mu posadę interna. Obowiązki te spełniał stopniowo pod zwierzchnictwem Dupuitrena, Béclarda i Lisfranca i dopiero w roku 1826, po zdobyciu gruntownéj i wszechstronnéj wiedzy, bronił swéj naukowéj rozprawy na stopień doktora medycyny. Szczupłe środki utrzymania zniewoliły Ricorda do szukania zajęcia na prowincyi, gdzie parę miejsc pobytu zmienił, i dopiero w r. 1831 ufny w swoje siły, powrócił do Paryża, otrzymał godną siebie posadę w szpitalu Midi, i rozpoczął długi szereg lat powodzeń wszechstronnych, dostępnych tylko najrzadszym wybrańcom losu. Względnie do ówczesnych kierunków klinicznych, Ricord, odznaczający się niepospolitym darem spostrzegawczym, zasłynął odrazu głośnym i genijalnym klinicystą w dziedzinie syfilidologii, któréj wyłącznie poświęcił swój czas i zdolności. Z prac ogłoszonych drukiem podajemy tylko wybitniejsze: *Traité sur l'emploi de la pomade mercurielle dans le traitement de l'erysipele. Traité pratique des maladies veneriennes* (dwa wydania). *Clinique iconographique de l'hopital des veneriens de Paris. De l'emploi du spéculum. De l'ophthalmie blennorrhagique. De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires.* Bez przesady powiedzieć można, że w ciągu 40 lat dziennikarstwo lekarskie francuskie wypełniało swoje szpalty jego pracami urywkowemi, zwłaszcza wykładami; jasność treści, ozdobność formy tych wykładów czyniły Ricorda niezrównaną siłą nauczycielską. Głośne jego *Lettres sur la Syphilis*, ogłaszane w *Union medicale*, uwydatniły w nim głębokiego myśliciela i skończonego literata.

Życie Ricorda od r. 1834 jest jednym szeregiem zwycięstw i tryjumfów: ubogi młodzieniec zdobył on olbrzymią fortunę; pierś jego nie mogła pomieścić wszystkich orderów, któremi obsypali go panujący świata całego. W roku 1850 został on członkiem Akademii Lekarskiéj, a w kilka lat późniéj jéj prezesem. Był członkiem niezliczonéj ilości towarzystw naukowych, krajowych i zagranicznych. Blask ten i zaszczyty nie zmieniły Ricorda i pozostał on zawsze prostym, naturalnym, na wzór wszystkich ludzi prawdziwéj wartości. Niemal wiek cały przebywając w Paryżu, i przeszedłszy w nim całą skalę, od ubogiego studenta do głośnéj sławy lekarza, profesora, bogacza itd. Ricord był najpopularniejszą postacią w stolicy Francyi: Od plebejusza z podziemia do cezara w tuileryjach wszyscy go znali i cenili. Umysł giętki, dowcip wykwintny, styl barwny, usposobienie towarzyskie, przystępne, Ricord był ulubieńcem młodzieży i licznych pokoleń lekarzy, a i te przymioty duszy dorzucą niemało kwiecia do laurowego wieńca, który Francyja złożyła w dniu 26 b. m. na grobie zasłużonego i pełnego chwały obywatela i uczonego; czcząc z całym światem lekarskim nieśmiertelne zasługi Ricorda, temi kilka słowami składamy hołd jego niewygasłéj pamięci. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Medycyna na wystawie powszechnéj paryskiéj,

skreślił

Dr. Ferdynand Obtułowicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

Na téj drugiéj, mniejszéj połowie obszaru wspaniałéj wystawy może ciekawy widz odbyć całe studyjum etnograficzne: rozpatrując się w dość licznych grupach Tonkińczyków i Anamitów, mieszkańców Senegalu, Madagaskaru, Kochinchiny i Jawy i mając przed oczami ich chaty z wiernem urządzeniem całego wnętrza, ich świątynie, a nawet ich rzemiosła i wyroby — widząc nareszcie, jak i czem się żywią, jak się tatuują, robiąc ranną toaletę i jak się wreszcie rozweselają tańcem, dając widowiska w swych teatrzykach. Tutaj to naprzeciw pięknych pałaców, mieszczących w sobie produkta licznych i bogatych kolonij francuskich, wznosi się lśniąco biały pałac ministerstwa wojny, a część tego ogromnego budynku poświęconą jest przedmiotom z zakresu hygijeny i gałęzi z nią spokrewnionych.

Jest to pocieszającym objawem, że wystawa światowa na pastwę oczu milijonowych tłumów rzuca nie tylko czarujące pięknością owoce architektury, olśniewające wytwory genijuszu ludzkiego na polu sztuk pięknych i zdumiewające ogromem lub praktycznością owoce przemysłu, lecz pociąga również umysł widzów ze sfer najrozmaitszych do rzeczy nie tak błyskotliwych, mających jednak na celu polepszenie warunków zdrowia ludzkiego, oraz zachęcających do zmniejszenia okropnéj grozy wojen przez ochocze przystępowania do Towarzystw Czerwonego krzyża i różnych towarzystw dobroczynnych, opiekujących się dziećmi opuszczonemi, starcami niedołężnymi i nędzarzami.

Celem udzielenia opieki rannym i chorym w myśl konwencyi genewskiéj, zawiązały się we Francyi dotychczas 3 towarzystwa, które w swych czynnościach popierają się wzajemnie. Pierwsze towarzystwo założone w r. 1865 nosi nazwę *„La societé de secours aux blessés militaires“*; przewodniczącym jego jest b. prezydent Rzeczypospolitéj francuskiéj, marszałek Mac-Mahon, a przewodniczącą honorową ks. Czartoryska; w skład zaś komitetu prócz głośnych nazwisk z arystokracyi francuskiéj należą również sławni lekarze, jak Péan, Ricord, Guyon i t. d. Towarzystwo to udzieliło w smutnych dla Francyi latach 1870 i 1871 opieki 110.000 rannym, nadto rozdzieliła 2 milijony franków pomiędzy ofiary wojny, wysłało 110.000 franków dla rannych w Tunisie, a 338.000 franków dla rannych w Tonkinie. Towarzystwo to jednak nie ograniczyło swéj pożytecznéj działalności w sposób więcéj egoistyczny, t. j. obsypując dobrodziejstwami tylko wojska francuskie, gdyż w r. 1878 zyskało, za pomocą publicznych składek, poważną kwotę 400.000 franków, którą rozdzieliło pomiędzy rannych Turków i Rosyjan. Prócz tych znacznych sum pieniężnych ma to Towarzystwo ogromne zapasy materyjałów sanitarnych, potrzebnych dla rannych, a zapasy te zwiększają się ustawicznie we wszystkich miastach francuskich pod nadzorem delegatów. 270 członków obojej płci należy do komitetu, a 35.000 członków czynnych opłaca kwotę co najmniéj 6 franków rocznie na pożyteczne cele Towarzystwa.

Nadto panie francuskie zawiązały dwa Towarzystwa Czerwonego krzyża, t. j. w r. 1879 *„l'Association des Dames francaises“* i *„l'Union des femmes de France fondée en 1881.“* Towarzystwa te mają na celu nieść pomoc nieszczęśliwym ofiarom nie tylko podczas wojen, ale również i podczas doniosłych klęsk publicznych, n. p. podczas cholery, trzęsienia ziemi, ogromnych pożarów itp.

Z łona tych stowarzyszonych, płacących po 10 franków rocznie, wychodzą wykształcone dozorczynie chorych, albowiem przez lat 2 uczęszczają w znacznéj liczbie na odczyty wieczorne z zakresu higijeny i chirurgii, a następnie poddają się egzaminowi. Nagrodę za dobry wynik złożonego egzaminu stanowią medale: złoty, srebrny i bronzowy. Nie potrzebuję nadmieniać, że patryjotyzm francuski kazał paniom zapomnieć o przesądach kastowych i przystępować we wszystkich zakątkach tego bogatego kraju do związku, który wytknął sobie za cel tak wzniosłe i pożyteczne zadania. Zakładanie szpitali, należyte urządzanie baraków, troskliwa obsługa rannych i chorych przesyłanych z pola bitwy, a przy tem nie tamowanie czynności ofiarnych Sióstr Miłosierdzia, poświęcających swe życie nieraz wśród gradu kul na polach bitew, oto cele tych pięknych towarzystw, które na wystawie światowéj przedstawiły okaz baraków rozbieralnych, a nader praktycznie pomyślanych.

Barak tego rodzaju daje się ustawić gdziekolwiek wśród ogrodu, czy to w mieście, czy to znów na wsi, opodal od dworu, lub domu jakiegokolwiek.

Zbudowany on jest z drzewa w ten sposób, iżby dał się łatwo rozebrać, a więc może być przez zwykłego cieślę złożonym i znów rozebranym i gdzieindziéj przeniesionym W miarę miejsca może w pewnéj odległości (koło 15 metr.) stanąć drugi i trzeci barak tego rodzaju, a wszystkie razem tworzą szpital, który ma służyć na wszystkie pory roku tak, że rannych można i w zimie w nich pomieścić i otoczyć ich należytą opieką w jak najlepszych warunkach higijenicznych.

Barak wystawiony w oddziale higijenicznym zawiera salę, w któréj pomieścić się może 20 łóżek, a do około sali koło 20 metrów długiéj znajdują się ganki kryte, zawierające kąpiele, umywalnie, salkę operacyjną, a nawet pokoik dla lekarza. Ściany baraku są drewniane i podwójne, również podwójnym jest sufit, wzniesiony na 4 metry ponad podłogę, która składa się z desek, spoczywających na belkach, obitych płytami cynkowemi, aby wyziewy z wilgotnéj ziemi nie przenikały do sali. Wychodki i zlewy znajdują się na końcu baraku po za salą. Wentylacyja odbywa się za pomocą otworów w dachu, oraz za pomocą dziur w oknach. Okien takich jest 10, otwierają się szeroko i dosięgają prawie sufitu, a wierzchnie szyby są przedziurawione. Ogrzewanie sali odbywa się za pomocą gorącéj wody, przepływającéj przez rury wzdłuż ścian rozłożonych. Koszta takiego baraku o 20 łóżkach, w powyższy sposób wygodnie urządzonego, wynoszą koło 17.000 franków. Wobec zatem znacznego majątku, jakim te Towarzystwa Czerwonego krzyża rozporządzają, nie będzie wcale rzeczą trudną, znaczną ilość takich baraków urządzić nie tylko we Francyi saméj, ale i w licznych kolonijach tego zamożnego i zawsze jeszcze bardzo potężnego państwa.

Jednakowoż dobroczynność francuska nie poprzestaje tylko na rozwinięciu tylu zalet w zakresie opieki nad ofiarami morderczych wojen i przerażających swym ogromem klęsk publicznych — otacza ona również skrzydłem opiekuńczem starców zniedołężniałych i wszelkiego rodzaju nędzarzy. Do tego służą przytuliska i żłobki (*hospices, asiles, refuges et des crèches*) a wybitnem znamieniem wszystkich tych dobroczynnych zakładem jest czystość prawie do przesady posunięta. Biedacy wszelkiego rodzaju przychodzą tu brudni, głodni i odarci, a wychodzą wykąpani, nakarmieni i przyzwoicie, choć skromnie ubrani. Mniéj zamożni znów otrzymują w tanich kuchniach za bagatelę pożywne jedzenie.

(Dokończenie nastąpi.)

Nowo utworzony Uniwersytet w Tomsku.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Wspomnieć wreszcie należy, mówiąc o budynkach uniwersyteckich, o osobnym gmachu poważnych rozmiarów, oddzielnie zupełnie stojącym, frontem ku ulicy zwróconym i przeznaczonym na konwikt dla studentów (t. zw. „dom obszczeżytja, t. j. wspólnego pożycia). Jestto budynek także murowany, trzypiętrowy (licząc parter za oddzielne piętro), powstały z ofiar dobrowolnych, które wyniosły około 33,000 rs. Ogólny szacunek budynku wynosi około 40,000 rs. Pomieścić się w tym domu może około 100 studentów. Obecnie się mieści 60. Jestto instytucyja bardzo dla młodzieży korzystna, mają bowiem za tanie nader pieniądze (12—13 rs. miesięcznie) całkowite utrzymanie, nie wyłączając książek, oświetlenia, usługi, opierunku. Z czasem, w miarę wzrostu liczby studentów dostanie się do tego konwiktu będzie stanowiło swojego rodzaju stypendyjum. Pewną ilość najbiedniejszych i najwięcéj pilnych przyjmie nawet Uniwersytet na swój koszt. Życie jest tu nietylko tanie, lecz i posilne

i zdrowe. Zawiaduje tą instytucyją osobny komitet, składający się obecnie pod przewodnictwem p. Floryńskiego z proff. Gezechusa, Zaleskiego, Dogiela i Korzyńskiego, z inspektora studentów Jeleniewa, z wice-gubernatora Pietuchowa, prezesa izby skarbowéj Hilarowa i lekarza więzień tutejszych Dra Orzeszki, naszego rodaka. Jest zamiar z czasem założyć i drugi taki komitet, jeżeli tylko środki na to pozwolą, a kupcy tutejsi ofiar nie poskąpią. Opalanie Uniwersytetu z przyległościami odbywa się za pomocą drzewa brzozowego, w które Syberyja obfituje. W głównym gmachu zaprowadzono system kaloryferów; nie odpowiedział on jednak całkowicie temu, czego odeń oczekiwano i dla tego wzniesiono nadto odpowiednią ilość pieców, tak że kaloryfery grają dzis tylko rolę pomocniczą. Na każdem piętrze mieszczą się ogrzewane waterklozety, pod względem urządzenia nie pozostawiające nic zgoła do życzenia.

Kliniki uniwersyteckie wznoszą się dopiero. Wyznaczono na ten cel dodatkowo ze skarbu państwa 220,000 rs. Kamień węgielny położono przed miesiącem. Część ich za rok ma być już gotowa, wszystkie zaś za 2—2½ lat. Roboty prowadzi uniwersytecki budowniczy Naronowicz; życzyćby należało, żeby doświadczenie, nabyte przezeń przy budowie Uniwersytetu, na dobre wyszło klinikom.

Utworzony przy Tomskim Uniwersytecie przed rokiem tymczasowo jeden jedyny tylko wydział lekarski podlega ogólnéj ustawie, obowiązującéj od 1884 r. wszystkie rosyjskie Uniwersytety. Czasowe zmiany, aż póki nie zostaną otworzone inne wydziały, na tem tylko polegają, że rada uniwersytecka wraz z wydziałową połączoną została w jedną kolegialną instytucyję, która posiedzenia swoje odbywa pod przewodnictwem rektora; dziekan wydziału przy zwykłych warunkach w danym razie pełni obowiązki sekretarza. Gospodarczą częścią Uniwersytetu zawiaduje t. zw. zarząd, składający się pod przewodnictwem rektora, z 3 zwyczajnych profesorów, wybranych przez kuratora okręgu naukowego i zatwierdzonych przez ministra oświaty i z inspektora studentów. Oprócz osób, które otrzymały świadectwo dojrzałości z ukończenia kursu nauk w gimnazyjum filologicznem, do Tomskiego Uniwersytetu mogą być nadto przyjmowani i wychowańcy prawosławnych duchownych seminaryjów, którzy ukończyli kurs nauk w I. kategoryi, przy wzorowem sprawowaniu się i niedaléj, niż na 2 lata przed wstąpieniem do Uniwersytetu. Do innych rosyjskich Uniwersytetów, z wyjątkiem warszawskiego, a teraz i tomskiego, wychowańcy seminaryjów wstępu, jak wiadomo, nie mają. Liczba katedr na lekarskim wydziale tomskiego uniwersytetu wynosić ma po całkowitem zorganizowaniu tegoż 25; w téj liczbie 13 zwyczajnych profesorów, 11 nadzwyczajnych i 1 profesora teologii. Roczna płaca zwyczajnego profesora wynosi 4500 rs., nadzwyczajnego i profesora teologii 3000 rs. Profesorom, mieszkającym w uniwersytecie (takich jest tylko 3), strąca się z pensyi: zwyczajnemu 1050 rs., nadzwyczajnemu 700 rs. Rektor, którym być musi jeden ze zwyczajnych profesorów i którego obiera minister oświaty i przedstawia do najwyższego zatwierdzenia, pobiera przez czas sprawowania swoich obowiązków w ciągu lat 4 dodatkowéj płacy po 1500 rs. rocznie. Za mieszkanie też mu strącają po 1050 rs. rocznie. Sekretarz-dziekan wydziału, którego wybiera rektor z łona etatowych profesorów uniwersytetu i przedstawia do zatwierdzenia ministra oświaty, pobiera przez czterolecie sprawowania swoich obowiązków dodatkowéj płacy po 600 rs. rocznie. Oprócz podwyższonéj płacy w stosunku do płacy na innych uniwersytetach, profesorowie i w ogóle wszyscy będący na służbie przy tomskim uniwersytecie, korzystają z ogólnych przywilejów służby w zachodniéj Syberyi. Wynika stąd, że po 10-cio letniéj służbie na miejscu dolicza się im lat pięć. W ten więc sposób 30-sto-letni okres do całkowitéj emerytury bywa tu zredukowany do 25 lat, a 25-cio-letni okres do lat 20-stu. Całkowita emerytura, czy to po 20-stu, czy po 25-ciu latach służby naukowéj (lata, spędzane na asystenturze, docenturze etc. bywają zaliczone), wynosi tu zatem dla zwyczajnego profesora 4500 rs., a dla nadzwyczajnego 3000 rs. Nadto po pierwszych 5 ciu latach służby na miejscu zwyczajny profesor otrzymywać winien 450 rs. rocznie dodatku do pensyi, a po następnych 5-ciu latach 900 rs., nadzwyczajny zaś profesor po pierwszych 5-ciu latach 320 rs. — a po następnych 640 rs. Honoraryjum za wykłady, czyli tak zwane czesne, wynosi tu po 75 kop., za 1 wykładową godzinę na tydzień, a po 60 kop., za 1 godzinę zajęć praktycznych na tydzień. Z tego widzimy, że byt materyjalny profesorów syberyjskiego Uniwersytetu, jeżeli tylko drożyzna większą się nie stanie, niż dotąd, co wszyscy rokują, dostatecznie jest zapewniony. Absolutna ilość czesnego normuje się oczywiście nietylko liczbą wykładowych godzin, minimum któréj według ustawy 6 na tydzień wynosi, lecz i ilością studentów. Oprócz czesnego Uniwersytet pobiera od studentów na rzecz swoich środków specyjalnych po 50 rs. rocznie. Od opłaty téj, zarówno jak od czesnego, zwolnionych być może 5% najbiedniejszych studentów, którzy pilnością swą i wzorowem prowadzeniem się dostatecznie odznaczyli. Skład 25-ciu katedr tutejszego lekarskiego wydziału jest następujący: 1) Teologija prawosławna; 2) fizyka wraz z geografiją fizyczną i meteorologiją; 3) chemija nieorganiczna i organiczna wraz z lekarską; 4) mineralogija wraz z geologiją i paleontologiją; 5) botanika; 6) zoologija wraz z anatomiją porównawczą; 7) anatomija opisowa; 8) fizyjologija; 9) histologija wraz z embryologiją; 10) farmacyja i farmakognozyja; 11) farmakologija wraz z recepturą, toksykologiją i balneologiją; 12) patologija ogólna; 13) anatomija patologiczna; 14) diagnostyczno-terapeutyczna klinika; 15) szczegółowa patologija i terapija wraz z kliniką chorób wewnętrznych; 16) klinika psychijatryczna i chorób nerwowych; 17) klinika chorób wenerycznych i skórnych; 18) chirurgija operacyjna wraz z anatomiją topograficzną; 19) patologija chirurgiczna wraz z desmurgiją i mechano-chirurgiją; 20) klinika chirurgiczna wydziałowa; 21) klinika chirurgiczna szpitalna; 22) klinika chorób ocznych; 23) klinika położnicza, chorób dziecięcych i kobiecych; 24) medycyna sądowa i 25) higijena wraz z epidemijologiją i policyją lekarską. Z katedr tych obsadzonych jest dotąd 9, a mianowicie od Nru 2 do 10 włącznie t. j. wszystkie te przedmioty, które wykładane być muszą w I. i II. roku studyjów lekarskich. Wkrótce ma być obsadzoną katedra teologii prawosławnéj, a pozostałych 15 profesur będzie obsadzonych dopiero w roku przyszłym i następnym. Dzisiejszy osobisty skład rady uniwersyteckiéj jest następujący:

1) Mikołaj Gezechus, Dr. fizyki, b. wychowaniec docent i laborant petersburgskiego Uniwersytetu, a obecnie zwyczajny profesor fizyki i p. o. rektora Uniwersytetu, liczy obecnie 45 lat wieku.

2) Mikołaj Maliew, Dr. medycyny, b. wychowaniec petersburgskiéj Akademii medyko-chirurgicznéj, następnie prosektor anatomii opisowéj w Kazaniu. W Tomsku początkowo nadzwyczajny, a obecnie zwyczajny profesor anatomii opisowéj, lat 48.

3) Stanisław Szczepan Zaleski, Dr. medycyny, b. wychowaniec Uniwersytetów warszawskiego (medycyna) i Dorpackiego (chemia), b. asystent farmakologii doświadczalnéj i docent chemii fizyjologicznéj w Dorpacie, zwyczajny profesor chemii ogólnéj, analitycznéj i lekarskiéj, lat 30.

4) Aleksander Dogiel, Dr. medycyny, b. wychowaniec, asystent, prosektor i docent uniwersytetu kazańskiego, nadzwyczajny profesor histologii i embryjologii, sekretarz wydziału lekarskiego, lat 36. (Dok. nast.)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

K. Schaffer (Budapeszt): O wściekliznie ze stanowiska klinicznego i histologicznego.

Wścieklizna jest ostrą, gorączkową, zakaźną chorobą środkowego układu nerwowego. Między jadem wścieklizny i układem nerwowym istnieje analogiczny związek, jak między drobnoustrojem cholery i przewodem pokarmowym, między jadem zimniczym a śledzioną. Na ten ścisły stosunek wskazywały już objawy kliniczne, a szczepienia na zwierzętach stwierdziły to na pewno. Właściwa wścieklizna wybucha po ustąpieniu okresu wylęgania i zwiastunów. Kolejność objawów jest następująca: 1. Od rdzeniu przedłużonego pochodząca duszność wdechowa, utrudnienie połykania, czkawka, szczególne zachowanie się źrenic, zaczer-

wienienie skóry, pocenie i ślinienie się. 2. Majaczenia. 3. Objawy porażenne, tworzące obraz poprzecznego porażenia lędźwiowego. 4. Drgawki, wymioty. Wśród ostatnich objawów i zupełnéj nieprzytomności następuje śmierć. Dwa objawy trwają przez całą chorobę i wzmagają się przed śmiercią: mechaniczna drażliwość mięśni i podwyższenie ciepłoty. Objawy wścieklizny są następstwem podwójnego stanu zadrażnienia układu nerwowego, t. j. stanu podwyższonéj i zmniejszonéj pobudliwości, względnie obumarcia istoty nerwowéj; pierwszy sprowadza objawy rozdrażnienia, drugi objawy końcowe; oba wychodzą z rdzenia przedłużonego i z kory mózgowej. Podział schematyczny jest następujący: I. Wylęganie. II. Zwiastuny. III. Objawy podrażnienia, a) objawy rdzeniowe, b) majaczenia. IV. Objawy końcowe, a) porażenie poprzeczne, b) drgawki. Ten podział ma uzasadnienie w sposobie rozszerzenia się jadu wścieklizny. Badanie układu nerw. sześciu osób, zmarłych wskutek *Lyssa humana*, wykazało zawsze zapalenie rdzenia pacierzowego z znacznem zmianami tkanek. Uderzającem jest, że ogniska chorobowe widoczne są w tych odcinkach rdzenia, które odpowiadają miejscu ukąszenia: przy ukąszeniu górnéj odnogi w odcinku szyjnym, dolnéj odnogi w odcinku lędźwiowym. Naczynia krwionośne były szczelnie wypełnione czerwonemi ciałkami krwi, okazywały rozległe nacieki około błony zewnętrznéj, często wynaczynionki, przedewszystkiem w rogach przednich i tylnych, gdzie też istota nerwowa uległa obumarciu. Komórki nerwowe przedstawiały różną postać zwyrodnienia, zanik barwikowy, tworzenie się jamek, ziarniste zwyrod. pierwoszcza, stwardnienie. W istocie białéj znajdowały się wynaczynionki, zwyrodnienie osłonki rdzennéj i włókna nerwowego, przerost włókien osiowych. Za przeniesieniem się jadu drogą nerwów przemawiają nie tylko szczepienia na zwierzętach, lecz także spostrzeżenia kliniczne i histologiczne (bolesność wychodząca z blizny ukąszenia i rozszerzająca się wzdłuż nerwu). (*W. med. Woch.* 1889, Nr. 30). *Dr.. Baschkopf.*

Niebezpieczeństwo zbliżającéj się cholery dla wschodniéj Europy. Znany epidemijolog azyjatyckiego wschodu Dr. Proust udzielił paryskiéj akademii lekarskiéj niepokojących wiadomości o zagrażającéj Europie cholerze: wybuchła ona 14 sierpnia br. w Bagdadzie i szerząc się rozbieżnemi szlakami wzdłuż rzek Tygrysu i Eufratu, dotarła obecnie w kierunku południowym do zatoki perskiéj, t. j. do okolicy nadzwyczaj ważnéj ze względu na wszechświatowy stosunek handlowy; z drugiéj strony szybko postępując ku północy przez posiadłości perskie, lada dzień jest oczekiwaną na południe od morza Kaspijskiego, w mieście Reszt, skąd już nieraz, zwłaszcza w pamiętnéj morderczéj epidemii r. 1831, wtargnęła do Europy. Jeżeli jednak rozszerzenie się cholery w przystaniach mórz Śródziemnego i Czarnego natrafia na przeszkody w powolności i trudności komunikacyi morskiéj, to rzecz się ma zupełnie inaczéj na lądowéj granicy perskiéj na południe od morza Kaspijskiego: do téj pory wszystkie epidemije cholery, nadciągające z Indostanu, Afganistanu i Persyi przez miasto Reszt wtargały do Europy. Jeżeli więc Reszt, będący o 2 mile od Enseli, portu, mającego codzienne stosunki handlowe z Baku i Astrachanem, zostanie nawiedzonem przez cholerę, co jest wielce prawdopodobnem, gdyż epidemija już zajęła Hamadan i Kirmansdah, zbawienie Europy od ciężkiego bicza będzie wyłącznie w ręku Rosyi i zależeć będzie od ścisłości zastosowania nowoczesnych sposobów ochronnych, jakie to państwo rozwinie na granicy perskiéj.[1]) (*Revue scientifique* z 10 b. m.).

Dr. A. Kwaśnicki.

Ustawa

z dnia . . . o urządzeniu służby zdrowia w gminach, obowiązująca w Królestwie Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Uwagi objaśniające projekt ustawy o urządzeniu służby zdrowia w gminach.

Znaczną część obowiązków publicznéj służby zdrowia, któréj organizacyja zasadniczo określoną jest w ustawie z dnia 30 kwietnia 1870 r. D. u. p. Nr. 68, przekazują §§. 3 i 4 téjże ustawy gminom. Są to te obowiązki własnego i poruczonego zakresu działania gmin, mające na celu jedno z najważniejszych zadań publicznéj administracyi, t. j. ochronę zdrowia ludności i usuwanie przyczyn niebezpieczeństwa dla zdrowia.

Ze względu na doniosłe znaczenie téj gałęzi administracyi gminnéj dla jednostki, rodziny, gminy, kraju i państwa należy usilnie dążyć do tego, ażeby gmina tym obowiązkom, przez ustawę ściśle określonym, według swoich sił ze znajomością rzeczy i całkowicie odpowiedziała.

Na mocy postanowień §. 1 wspomnianéj państwowéj ustawy sanitarnéj, jak niemniéj na mocy §§. 104—109 ustawy gminnéj, są władze polityczne obowiązane czuwać nad tem, aby gminy ściśle wykonywały swe ustawowe obowiązki. W razie zaniedbania tych obowiązków ustawa poleca władzom politycznym, aby na niebezpieczeństwo i koszt gminy zarządziły potrzebne środki zaradcze.

Jest jednakże rzeczą powszechnie wiadomą, jak niedokładnie przeważna część gmin w kraju wypełnia swe ustawowe obowiązki w zakresie policyi zdrowia i spraw zdrowia w ogóle. Gminy nie są nawet w stanie w obecnych stosunkach obowiązkom tym zadość uczynić, gdyż brak im fachowéj pomocy w administracyi sanitarnéj. Pochodzi to zaś ztąd, że §. 5 państwowéj ustawy sanitarnéj dotąd nie jest wykonany. Reprezentacyja kraju bowiem dotychczas nie wskazała, jakie zarządzenia mają gminy wprowadzić w życie celem należytego wykonywania służby sanitarnéj.

Do Reprezentacyi kraju zatem należy uchwalenie ustawy o organizacyi publicznéj służby zdrowia, któraby ułatwiła, a właściwie umożliwiła gminom wypełnienie powyżéj wskazanych obowiązków. Nie ulega to bowiem żadnéj wątpliwości, że gdyby władze polityczne znalazły się w tem przymusowem położeniu, iżby wykonać musiały w całéj pełni swój ustawowy obowiązek nadzorowania spraw sanitarnych w gminach, i gdyby celem odpowiedniego wykonywania służby sanitarnéj użyły w poszczególnych gminach, ustawą dopuszczonych środków zaradczych, to w takim razie załatwianie spraw sanitarnych nałożyłoby na gminy od razu bardzo znaczne ciężary.

Przedkładając Wysokiemu Sejmowi z odwołaniem się na postanowienia §. 5 ustawy państwowéj z 30 kwietnia 1870 r. projekt ustawy o organizacyi gminnéj służby zdrowia do konstytucyjnego traktowania, powoduje się c. k. Rząd w pierwszéj linii względami na najistotniejsze interesa gmin, usilnie potrzebujących pomocy w tym kierunku, jaki projekt ten wskazuje.

Dla c. k. Rządu potrzeba doprowadzenia do skutku krajowéj ustawy sanitarnéj przedstawia się jako nagląca z tego powodu, że w Reprezentacyi państwa już przy różnych sposobnościach zwracano na to z naciskiem uwagę, a zupełne wykonanie już od siedmnastu lat obowiązującéj państwowéj ustawy sanitarnéj co do organizacyi służby sanitarnéj w gminach uznano jako konieczną podstawę wszelkich dalszych reform w zakresie spraw zdrowotnych.

Dalszym powodem skłaniającym Rząd do przedłożenia Wysokiemu Sejmowi projektu krajowéj ustawy sanitarnéj, jest ta okoliczność, że już w dziewięciu królestwach i krajach w Radzie państwa reprezentowanych przyszły do skutku takowe ustawy i że przez niezupełne wykonanie państwowéj ustawy sanitarnéj co do służby zdrowia w gminach, wytworzyły się nierówne stosunki w administracyi sanitarnéj poszczególnych krajów koronnych. Pominąwszy bowiem okoliczność, że uporządkowane stosunki sanitarne jednego kraju zagrożone są przez istnienie nieuporządkowanych stosunków sanitarnych w krajach ościennych, zwłaszcza pod względem szerzenia się chorób zakaźnych, wymaga tego ogólny i jednolity interes sanitarny całéj ludności, aby do odpowiedniego załatwiania sanitarnych obowiązków gmin postarano się wszędzie o równie gorliwą a odpowiednio do odrębnych stosunków poszczególnych krajów zastósowaną opiekę fachowych organów.

Doświadczenia poczynione w tych krajach, w których już od lat kilku krajowe ustawy sanitarne weszły w życie i odpowiednio zostały wykonane, jak n. p. w Morawii, Karyntyi i Tyrolu, dozwalają należycie ocenić nadzwyczajną wartość i pożytek takiéj ustawy, a nadto także obliczyć dokładnie koszta połączone z zaprowadzeniem takiéj instytucyi.

[1]) Wkrótce w odcinku naszego pisma rozpoczniemy druk pracy naszego szan. współpracownika Dr. Wł. Jabłonowskiego, jak wiadomo, gruntownego znawcy spraw zdrowotnych dalekiego wschodu. Rozprawa Dra Jabłonowskiego dotyczy właśnie groźnych przepowiedni Dra Prousta. (*Red.*).

Pod oboma względami doświadczenia wykazują znakomite wyniki.

Skoro więc inne kraje koronne uznały już potrzebę organizacyi gminnéj służby zdrowia, i skoro w ten sposób sanitarne stosunki tych krajów rzeczywiście poprawione zostały, staje się przeprowadzenie takiéj organizacyi w Galicyi tem potrzebniejszem, ile że, jak to powszechnie wiadomo, stosunki zdrowotne w naszym kraju są pod każdym względem opłakane i z wyjątkiem jedynéj Bukowiny znacznie gorsze, aniżeli w jakimkolwiek innym kraju koronnym.

I tak n. p. kiedy ogólna śmiertelność w królestwach i krajach reprezentowanych w Radzie państwa wynosiła w latach 1880 do 1885 2·93%. 3·06%, 3·21%, 3·17% i 32%, w Galicyi w tym samym okresie czasu śmiertelność w stosunku do ludności wynosiła 3·46%, 3·54%, 3·6%, 3·59%, 3·41% i 3·66%.

Chorobom zakaźnym, jakoto: odrze, kokluszowi, tyfusowi czerwonce i ospie ulega w Galicyi rok rocznie taka sama ilość ludzi, jak we wszystkich innych krajach koronnych razem wziętych. I tak umarło wskutek chorób zakaźnych w królestwach i krajach w Radzie państwa reprezentowanych w latach od 1883 do 1885 — 115.062, 114.120 i 117.879 osób, podczas gdy w Galicyi saméj w tych trzech latach umarło wskutek chorób zakaźnych osób 58.289, 53.872 i 58.112, a w latach 1886 i 1887 nawet 59.248 i 66.891, t. j. więcéj jak czwarta część ogólnéj liczby zmarłych. W niektórych powiatach zdarza się nierzadko, że 40% a nawet i 47% wszystkich przypadków śmierci bywa przez choroby zakaźne spowodowane. Zdarzyło się to n. p. w roku 1887 w powiatach Kałusz (47%) i Podhajce (47·2%), a w r. 1883 w powiecie Nadwórna (47·8%).

A właśnie na tem polu policyi sanitarnéj możnaby rozwinąć nader skuteczną czynność zapobiegawczą, jeżeliby przez wczesne rozpoznanie pierwszych przypadków choroby i przez umiejętne zastosowanie środków zaradczych przeciw szerzeniu się choroby postawiono zaporę groźnym epidemiom.

W historyi epidemij galicyjskich mamy niestety nader wiele takich przypadków, w których dowiedziono, że mimo sprzyjających warunków hygienicznych danéj miejscowości, tylko zawleczenie zarazka chorobowego było powodem wybuchu choroby, a brak należytego zrozumienia wymogów sanitarnych ze strony organów gminnych, przesądy i niedołęztwo ludności tak sprzyjały rozwojowi choroby, że z tego wywiązała się długotrwała i groźna epidemia. Zdarza się często, że obcy sługa, lub robotnik dotknięty tyfusem lub ospą, nie bywa umieszczany w odosobnieniu, lecz zostaje odsyłany do swéj gminy rodzinnéj i tam też zawleka zarazek chorobowy. Również często zarazek zawleczony bywa przez włóczęgę lub wypuszczonego więźnia, a z takich sporadycznych przypadków powstają potem groźne epidemie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wyciąg ze Sprawozdania Departamentu V. Wydz. krajowego (Szef Depart.: Dr. Franciszek Hoszard), Sejmowi przedłożyć się mającego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Wypadków nadzwyczajnych, zasługujących na wzmiankę było 30, z nich tylko pięć, a mianowicie 10, 11, 12, 14 i 30 zdarzyły się w samym zakładzie, reszta zaś po za zakładem. Oddział męski: 1) Dnia 6 stycznia przywieziony został z Bursztyna, powiatu rohatyńskiego cierpiący na szał przemijający F. B. z odmrożeniami na obu nogach. Chory opuścił zakład dn. 21 kwietnia wyleczony. 2) Dnia 5 lutego przywieziono z Dąbrowicy, powiatu tarnobrzeskiego, W. O. cierpiącego na ogłupienie z padaczką, pokrytego ranami na udach i podudziach, pochodzącemi od oparzenia. Rany zabliźniły się częściowo. Chory zmarł w 40 dni po przybyciu. 3) Dnia 3 lutego przywieziony został ze szpitala powszechnego we Lwowie cierpiący na zadumę F. S. z ranami ciętemi na obu przedramionach, zadanemi w zamiarze samobójczym. Rany zagoiły się; chory pozostaje dotychczas w zakładzie. 4) Dnia 23 lutego przywieziono ze szpitala w Brodach cierpiącego na ogłupienie z porażeniami G. P. ze złamaniem 4, 5, 9 i 10 żebra prawego. Dnia 5 maja chory opuścił zakład jako nieuleczny a spokojny; złomy połączyły się kostniną. 5) Dnia 29 marca przywieziony został ze szpitala powszechnego we Lwowie cierpiący na ogłupienie z porażeniami, S. Z., o obrzękiem obu przedramion, jako też z rozległemi sińcami i starciami pochodzącemi od krępowania. Chory zmarł w zakładzie 3 maja na ostry obrzęk. 6) Dnia 1 lipca przywieziono z komisaryjatu dzielnicy II. miasta Lwowa cierpiącego na szał opilczy I. M. ze złomem 3, 4 i 5 żebra lewego i licznemi sińcami. Przed komisyją sądową podał chory, że odniósł powyższe uszkodzenia w podnieceniu wspinając się po meblach w pomieszkaniu w nieobecności żony. Opuścił zakład dnia 11 lipca za rewersem. 7) Przy otwarciu zwłok zmarłego 10 sierpnia chorego na szaleństwo opilcze A. S. zauważano złom 2, 3 i 4 żebra lewego. Sekcyja sądowo-lekarska odbyta dnia 12 sierpnia stwierdziła jako przyczynę śmierci stłuszczenie serca i obrzęk ostry płuc; złomy zaś uznała jako powstałe po śmierci. 8) Dn. 13 sierpnia przywieziony został z Obertyna, powiatu horodeńskiego, chory na szaleństwo ostre L. Sch. ze złamanem 9 lewem żebrem. Chory wyleczony opuścił zakład d. 18 września. 9) Dn. 16 sierpnia przywieziono z Kulikowa, powiatu żółkiewskiego, cierpiącego na szaleństwo opilcze M. S., z raną tłuczoną (5 cm. długą) na głowie i podobną (2 cm. długą) na twarzy, jako też licznemi sińcami i starciami na tułowiu i kończynach. Opuścił zakład 20 września wyleczony. 10) Cierpiący na ogłupienie z padaczką Ignacy Jaczyszyn w podnieceniu popadaczkowem wyrwał szczotkę z rąk zamiatającego dozorcy i rzucił się na dozorców. Wtedy dozorca Wojciech Socha wydarł mu takową i uderzył kilka razy. Dozorca oddany został do c. k. sądu, a chory dotychczas pozostaje w zakładzie. 11) W nocy 31 sierpnia na oddziale niespokojnych, cierpiący na szał Klemens Podczaszy chodził po sali, czem zgniewany czuwający dozorca Panat skrępował mu ręce w tył i wrzucił do separatki. Dozorująca siostra Miłosierdzia zastała rano chorego leżącego, twarzą zwróconego do siennika, a dozorcę śpiącego. Dozorcę Panata oddano sądowi. Chory pozostaje w zakładzie dotychczas. 12) Dnia 25 listopada chory na ogłupienie z padaczką Andrzéj Hołowaty rzucił lampą, daną mu przez dozorcę dla przyświecania podczas sprzątania, na chorego Jana Nazarkiewicza, z którym żył w nieprzyjaźni i zranił go w czoło. Wtedy Nazarkiewicz wraz z chorymi Łatockim i Potasznikiem obili Hołowatego. Zadali mu trzewikiem ranę (na 6 cm. długą) w głowę, oprócz kilku sińców i starć. Hołowatego przeniesiono na inny oddział. Dozorcę oddalono. Chory dotychczas pozostaje w zakładzie. 13) Dnia 29 listopada przywieziono ze szpitala powszechnego we Lwowie cierpiącego na obłęd prześladowczy, F. Sch. z dwiema ranami ciętemi po obu stronach szyi, z takąż po nad tętnicą sprychową, nad lewym stawem ponadgarstkowym i kilkunastoma (15) ranami powierzchownemi w okolicy serca, na klatce piersiowéj. Rany powyższe zadane w zamiarze samobójczym zagoiły się wkrótce, a chory opuścił zakład 18 grudnia na żądanie rodziny za rewersem. 14) Dnia 30 grudnia cierpiący na szaleństwo ostre Jan Dubyk rzucił kałem na dozorcę Lewickiego. Tenże rozgniewany w towarzystwie dozorcy Filasa paskiem obił chorego, zadając mu kilkanaście sińców na grzbiecie i dolnych kończynach. Dozorców oddano sądowi. Chory pozostaje dotychczas w zakładzie. 15) Na oddział kobiet przywieziona z Kopczyniec E. K. cierpiąca na szał opilczy okazywała znaczną wrażliwość i zgrubienie 2 i 3 żebra lewego w miejscu chrząstkozrostu jako ślad złomu; chora opuściła zakład 14 kwietnia wyleczona. 16) M. K. cierpiąca na szał ostry, przywieziona dnia 13 stycznia ze złomem trzeciego żebra lewego, głęboką utratą skóry na obu rękach od skrępowania pochodzącą, tudzież z licznemi sińcami na całem ciele. Chora umarła dnia 31 stycznia, a sekcyja sądowo-lekarska wykazała, oprócz przekrwienia mózgu i obrzęku płuc, złom 3 lewego żebra. 17) M. M. ze Lwowa cierpiąca na zadumę czynną, przyjęta 17 stycznia, okazywała zgrubienie 2 żebra lewego w linii przymostkowéj ze znaczną podatnością i nieprawidłową ruchomością; oprócz tego liczne sińce na kończynach i tułowiu. Umarła 27 stycznia na chroniczne zapalenie błon mózgowych, a sekcyja sądowa stwierdziła złom 2 lewego żebra. 18) M. P. cierpiąca na zadumę, przywieziona dnia 16 lutego z Drohobycza ze złomem 2 lewego żebra, guzowatością i wrażliwością na obmacanie żeber 6 lewego 2 i 4 prawego, z rozlanem obszernem zasinieniem brzucha, ucha prawego, tudzież licznemi sińcami na całem ciele. Opuściła zakład d. 14 maja wyleczona. (C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 października. N. Pan udzielił nadzwycz.

profesorowi chorób dzieci w Uniw. Jagiell., Dr. Maciejowi Jakubowskiemu order korony żelaznéj III klasy.

* Dr. Antoni Mars, docent położnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego, po powrocie z wycieczki naukowéj, urządził własnym kosztem audytoryjum i pracownię położniczo-ginekologiczną na wzór zagranicznych, w Collegium juridicum, w lokalu dawniéj senatu akademickiego, który mu obecny rektor profesor Dr. Korczyński do użytku tymczasowego oddał. Ćwiczenia w operacyjach położniczych z uczniami, które jak dotąd odbywały się w lokalu septycznym w zabudowaniu anatomii opisowéj na trupach, odbywać się obecnie będą na fantomach i płodach balsamowanych. Audutoryjum nadto zaopatrzone jest w środki desinfekcyjne tak, że uczniowie po odbytych ćwiczeniach będą mogli uczęszczać do klinik bez obawy przenoszenia istót zakaźnych. Obok audytoryjum urządzoną jest pracownia mikroskopowa dla celów ginekologicznych, która mieści zbiór miednic i preparatów ginekologicznych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Królewiec.** Zastępstwo po zmarłym prof. okulistyki Jacobsonie objął prof. Vossius. — **Berlin**, Prof. Koenig objął kierownictwo oddziału fizycznego w zakładzie fizyjologicznym.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani: lekarzem miejskim w Jaśle Dr. Józef Lehman, w Niżankowicach Dr. Stanisław Ruczka. Osiedli: w Skolem Dr. Wiktor Michalski, w Szczurowy Dr. Józef Michalik.

* Stopnie doktorów w. u. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Rajmund Keller rodem z Tarnopola i Jan Schneider z Kopyczyniec w Galicyi.

* Lekarze Puppart i Światłowski po obronieniu rozpraw otrzymali stopnie Drów med. w Uniwersytecie Warszawskim (*Medycyna*).

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł Dr. Jerzy Hofmann-Wellenhof, asystent przy zakładzie higijenicznym, zaraziwszy się nosacizną, licząc lat 26. — Dr. Hadlich, b. asystent prof. Mendla w Berlinie, zginął w Alpach wśród wycieczki.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 43: Sawickiego: O ranach przepony; (c. d.); Matlakowskiego: Przycz. do ciąży zamacicznéj (dok.) — W *Kronice Lek.* Nr. 10: Kryńskiego: O przyczynach ostrych zapaleń ropnych (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 43: Stępniewskiego: Odnowa generacyi materyjału ospowego (dok.); Grundzacha: O rozpoznawaniu chorób żołądka i kiszek (c. d.).

Sprostowania w artykule Dra Ziemińskiego, *Przegląd Lekarski* Nr. 42: str. 505, szpalta 2-ga, 1-szy wiersz od dołu, zamiast stwardnienie, winno być jak stwardnienie; strona 506 w uwadze 1-széj, 3 wiersz od góry, zamiast: rodzaju winno być organu; w uwadze 2-giéj, 10-ty wiersz od góry zamiast: St. Etijenne, winno być St. Etienne; szpalta 2-ga, 3-ci wiersz od dołu, zamiast: paznogciem, winno być paznogciami. — **W artykule Dra Obtułowicza**; Str. 511, w. 1 od góry zam. *Chemin de fer Decanville*, czyt. *Ch. d. f. Decauville*; w. 27 od dołu zam. słowa tego słowa znaczeniu, czyt. słowa tego znaczeniu.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 6 listopada o godz. 6 wiecz. w sali wykładowéj prof. Blumenstoka zwyczajne swe posiedzenie, na którem oprócz spraw niezałatwionych na poprzedniem posiedzeniu kol. Dr. Szymkiewicz będzie miał rzecz „o replantacyi zębów z demonstracyją.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.